



Militärärztliche Publikationen Nr. 80.

Leitfaden

des Verfahrens bei

Geisteskrankheiten

und

zweifelhaften Geisteszuständen

für

Militärärzte.

Von

Dr. Bruno Drastich,

k. und k. Stabsarzt und Chefarzt der psychiatrischen Abteilung des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien, ordentl. Mitglied des Militär-Sanitäts-Komitees, Lehrer an der militärärztlichen Applikationsschule.



I. Allgemeiner Teil.

WIEN.
VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.
1904.

II. Spezieller Teil wird im Laufe des Jahres 1904 erscheinen.

Leitfaden

des Verfahrens bei

Geisteskrankheiten

und

zweifelhaften Geisteszuständen

für

Militärärzte.



Von

Dr. Bruno Drastich,

k. und k. Stabsarzt und Chefarzt der psychiatrischen Abteilung
des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien, ordentl. Mitglied des Militär-Sanitäts-Komitees,
Lehrer an der militärärztlichen Applikationsschule.

I. Allgemeiner Teil.

WIEN.

VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.

1904.

Militärärztliche Publikationen Nr. 80.

Leitfaden

des Verfahrens bei

Geisteskrankheiten

und

zweifelhaften Geisteszuständen

für

Militärärzte.

Von

Dr. Bruno Drastich,

k. und k. Stabsarzt und Chefarzt der psychiatrischen Abteilung
des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien, ordentl. Mitglied des Militär-Sanitäts-Komitees,
Lehrer an der militärärztlichen Applikationsschule.



I. Allgemeiner Teil.

WIEN.
VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.
1904.

II. Spezieller Teil wird im Laufe des Jahres 1904 erscheinen.

Leitfaden

des Verfahrens bei

Geisteskrankheiten

und

zweifelhaften Geisteszuständen

für

Militärärzte.



Von

Dr. Bruno Drastich,

k. und k. Stabsarzt und Chefarzt der psychiatrischen Abteilung
des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien, ordentl. Mitglied des Militär-Sanitäts-Komitees,
Lehrer an der militärärztlichen Applikationsschule.

I. Allgemeiner Teil.

WIEN.

VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.

1904.

Inhalts-Verzeichnis.

Vorwort.

Der Umstand, daß jeder Militärarzt gelegentlich in die Lage kommen kann, bezüglich geisteskranker oder einer Geistesstörung verdächtiger Militärpersonen Verfügungen treffen zu müssen, beziehungsweise über zweifelhafte Geisteszustände Gutachten abzugeben, oder in forensisch-psychiatrischen Fällen als Sachverständiger zu fungieren, mag es rechtfertigen, daß ich in dem ersten Teile dieser Publikation versucht habe, den allgemeinen Gesichtspunkten näherzutreten, welche bei diesen Funktionen in Betracht kommen, und die einschlägigen reglementarischen und sonstigen Bestimmungen zusammenzustellen.

In einem späteren zweiten Teile will ich mich — mit besonderer Betonung der Stellung des Militärarztes als Gerichtspsychiater — speziell mit jenen Formen von Geistesstörung befassen, deren Kenntnis und richtige Würdigung für den Militärarzt von hervorragender Bedeutung ist.

Ich hoffe dadurch einerseits einem schon mehrfach geäußerten Bedürfnisse zu entsprechen und anderseits den Grundstein zu einer möglichsten Einheitlichkeit in der Auffassung und Bearbeitung psychiatrischer Fälle in der Armee zu legen.

Indem ich diese Publikation den Herren Kameraden überweise, bin ich von dem einzigen Wunsche geleitet, daß sie den genannten Zweck erfüllen möge.

Dem Herrn Ober-Intendanten 1. Klasse Moriz Hofmann des k. u. k. Reichs-Kriegsministeriums spreche ich für seine liebenswürdige Unterstützung auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.

Wien, im Oktober 1903.

Der Verfasser.

I. Allgemeiner Teil.

1. Einbringung von geisteskranken Militärpersonen.

Nachdem Geisteskranke in den meisten Fällen ihrer Internierung mehr oder weniger heftigen Widerstand entgegensetzen, so gebührt der Frage, wie man im gegebenen Falle einen solchen Kranken einbringt, ein besonderes Interesse.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß diesbezüglich zwischen den Personen des Mannschaftsstandes und Gagisten, — unter welchem Sammelnamen ich alle nicht zur Mannschaft zählenden Militärpersonen zusammenfasse —, ein bedeutender Unterschied besteht.

Die Kasernierung des Mannes, seine beständige Überwachung durch Vorgesetzte und Kameraden, lassen zumeist schon geringe Störungen seines Geistes erkennen und machen ein rechtzeitiges Eingreifen möglich. Selbst bei akut auftretenden Psychosen (epileptische und sonstige delirante Zustände) wird gewöhnlich ausreichende Hilfe zur Hand sein, um den Mann wenigstens für den Moment festzuhalten, und muß es dann dem intervenierenden Arzte überlassen bleiben, die geeigneten Maßnahmen für die Abgabe an die Sanitätsanstalt zu treffen.

Wesentlich anders liegt der Fall, wenn es sich um die Einbringung geisteskranker Gagisten handelt. Die häufig bei ihnen vorkommenden chronischen Psychosen, die nicht selten mit Verfolgungswahnideen einhergehen, das mitunter vorgeschrittenere Stadium derselben, der gewohnte Umgang mit Waffen usw. lassen es begreiflich erscheinen, daß die Ergreifung geisteskranker Gagisten mitunter sehr schwierig und selbst mit direkter

Lebensgefahr verbunden sein kann. Folgende zwei Beispiele mögen dies illustrieren:

Eines Tages wurde dem Garnisonsspitale Nr. 1 der Befehl erteilt, den geisteskranken Hauptmann L., welcher in einem Hotel in der Leopoldstadt abgestiegen war, abzuholen und auf der psychiatrischen Abteilung unterzubringen. Regimentsarzt Dr. G. fuhr mittels Sanitätswagens und in Begleitung einiger Sanitätssoldaten in die Nähe des Hotels und begab sich hierauf in dasselbe. Hier erfuhr er, daß Hauptmann L. bereits zu Bette sei, daß er jedoch auf seinem Nachtkästchen einen geladenen Revolver habe. Da die Türe versperrt war, klopfte der Zimmerkellner an und teilte dem Hauptmanne mit, daß für ihn ein Telegramm eingelangt sei. Als der Hauptmann vorsichtig öffnete und dasselbe nur durch einen Spalt in Empfang nehmen wollte, drückte der Regimentsarzt die Türe rasch auf. Der Hauptmann sprang zurück, fiel jedoch über einen Koffer und wurde sofort unter Anleitung des Regimentsarztes von der Sanitätsmannschaft festgenommen. Während ihm die Zwangsjacke angelegt wurde, äußerte der Hauptmann wiederholt sein Bedauern, daß er gefallen und dadurch verhindert worden sei, von seinem Revolver Gebrauch zu machen.

In einem anderen Falle wurde ich beauftragt, unter Führung eines Offiziers des Platzkommandos und unter Mitnahme des nötigen Apparates den geisteskranken Hauptmann S., welcher an Verfolgungswahn litt, aus seiner in der Nähe des Westbahnhofes gelegenen Privatwohnung abzuholen. Als wir in derselben erschienen, erfuhren wir, daß der Hauptmann nicht zu Hause sei, daß er stets einen geladenen Revolver bei sich trage, überdies seinen geschliffenen Säbel beim Bette und auf seinem Nachtkästchen einen Dolch liegen habe. Nach zweistündigem Warten kehrten wir unverrichteter Dinge zurück und erfuhren nach einigen Tagen, daß der Hauptmann plötzlich nach Belgien abgereist ist.

Diese beiden Beispiele zeigen wohl zur Genüge, daß es unter Umständen sehr gefährlich sein kann, einen Geisteskranken in seiner Wohnung aufzusuchen und kann ich dieser Art der Einbringung, wenn nicht die zwingendsten Gründe vorliegen, keineswegs das Wort sprechen. Ich möchte aber auch anderseits betonen, daß es in einem solchen Falle Pflicht des Arztes ist, auf die große Gefahr aufmerksam zu machen, die mit der Erteilung derartiger Befehle verbunden ist.

Wenn ich mich nun darüber aussprechen soll, welches die zweckmäßigste Art ist, einer geisteskranken Militärperson habhaft zu werden, so muß ich erklären, daß dies selbstverständlich in jedem einzelnen Falle Gegenstand besonderer Erwägungen sein wird, welche sich ungefähr in folgender Richtung zu bewegen hätten:

Die Erfahrung lehrt, daß selbst vorgeschrittene Fälle von Geistesstörung dem Soldaten den Begriff von Disziplin und Subordination nur in den seltensten Fällen zu benehmen pflegen. Demgemäß gelingt es sehr häufig, den betreffenden Geisteskranken durch Übermittlung eines schriftlichen oder mündlichen Befehles zu veranlassen, sich direkte im Spitale zur Vornahme einer Untersuchung oder zum Zwecke irgendeiner Amtshandlung einzufinden. Es ist dann Sache der betreffenden, vorher in Kenntnis gesetzten Sanitätsanstalt, dem Kranken vorzuhalten, daß er auf Befehl seines vorgesetzten Kommandos zum Zwecke der Beobachtung seines Geistes-, beziehungsweise Gesundheitszustandes zurückzuhalten sei, was gewöhnlich ohne besondere Zwischenfälle zum Ziele führt, oder wenn dieses Mittel verschlägt, die gewaltsame Internierung durchzuführen. In anderen Fällen dürfte es wieder zweckmäßiger erscheinen, den Betreffenden zum vorgesetzten Kommando vorzuladen und von hier aus seine Spitalsabgabe durchzuführen, entweder — wenn zulässig — in Begleitung eines Kameraden oder durch Funktionäre des Spitales.

Bei plötzlich auftretenden Tobsuchtsanfällen wird rasches Handeln notwendig, gewöhnlich schon die Festnahme des Kranken durch die nächste Umgebung oder durch die Polizei erfolgt sein, wie überhaupt die Überstellung geisteskranker Militärpersonen an die betreffenden Sanitätsanstalten häufig seitens der Zivilbehörden in anerkennenswerter Weise durchgeführt wird.

Am wichtigsten und zugleich am schwierigsten bleibt unter allen Umständen die Art, wie man eines gemeingefährlichen, mit Waffen ausgerüsteten und auf die Möglichkeit einer Ergreifung vorbereiteten Geisteskranken habhaft wird. In solchen Fällen, die gewiß nur selten vorkommen, wird eine Überraschung am leichtesten zum Ziele führen. Da wird es mitunter notwendig sein, dem Kranken einfach aufzulauern und ihm beispielsweise in dem Momente, wo er die Wohnung verläßt oder ahnungslos auf der Gasse geht, sich beim Speisen befindet usw., plötzlich entgegenzutreten und ihn, wenn nicht anders, zu überwältigen.

Dagegen möchte ich dringend warnen, einem solchen Geistesgestörten ohne die größte Vorsicht zu begegnen und vielleicht darauf zu bauen, daß er unmöglich so rücksichtslos sein könne, wie er gedroht habe.

Auf einen Umstand mache ich besonders aufmerksam. Es ist dies die Art und Weise, wie man sich namentlich einem geisteskranken Gagisten gegenüber zu benehmen hat, der mit Säbel, eventuell mit sonstigen Waffen im Spitale erscheint. Ist sein Eintreffen für einen bestimmten Zeitpunkt angesagt, dann versäume man nicht, sich das nötige Hilfspersonale, das vorher genau zu informieren ist, sicherzustellen. Kommt der Kranke unvermutet zur Aufnahme, so trachte man gleichfalls, nicht mit ihm allein zu sein, weil man die Möglichkeit niemals außer acht lassen darf, daß es eventuell notwendig werden könnte, ihm den Säbel oder sonstige Waffen mit Gewalt abzunehmen.

Ich pflege im Spitale unangesagt ankommende Geisteskranke, wenn ich die Notwendigkeit ihrer Internierung eingesehen und die Genehmigung hiezu seitens des Spitalskommandos eingeholt habe, aufzufordern, den Säbel abzulegen, untersuche sie, teile ihnen dann mit, daß ich sie für krank erachte und daß überdies dem Spitale von einer höheren Behörde oder einem vorgesetzten Kommando der Befehl zugekommen sei, sie unbedingt im Spitale zur Beobachtung ihres Geisteszustandes zurückzubehalten. Weigert sich der Untersuchte diesem vorgeschützten Befehle Folge zu leisten, was, wie schon oben erwähnt, recht selten der Fall ist, dann zögere ich nicht, ihm mitzuteilen, daß ich auch die nötigen Mittel besitze, die Internierung zwangsweise durchzuführen. Natürlich darf der Kranke in diesem Momente nicht mehr aus dem Auge gelassen und muß ihm unter allen Umständen die Möglichkeit benommen werden, sich seines Säbels oder sonst einer anderen Waffe zu bemächtigen.

Ich möchte an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, daß bezüglich der Abgabe geisteskranker oder irrsinnsverdächtiger Militärpersonen an die Beobachtungsstation keine so präzisen Bestimmungen bestehen, wie dies im Zivile der Fall ist.

Die Vorschrift besagt, daß in wichtigen Fällen, unter welchen auch die Abgabe zur Beobachtung des Geisteszustandes aufgezählt wird, seitens des Militärarztes ein für das Spital verfaßter Bericht mit den Aufnahmsdokumenten einzusenden ist. Es bedarf wohl keiner weiteren Begründung, daß die genaueste

Befolgung dieser Bestimmung unbedingte Notwendigkeit ist und daß es dringend geboten wäre, in allen jenen Fällen, wo Militärpersonen ohne ärztlichen Bericht dem Spitale zur Beobachtung ihres Geisteszustandes überbracht werden, wenn nicht sonstige Gründe für die Spitalsaufnahme vorliegen und wenn nicht Gefahr im Verzuge ist, vorerst die Beibringung eines amts- oder militärärztlichen Zeugnisses über die Notwendigkeit der Internierung zu verlangen.

---

2. Transport und Übergabe an die Sanitäts-anstalten.

Ergibt sich die Notwendigkeit, den aufgegriffenen Geisteskranken der Militär-Sanitätsanstalt zuzuführen, so muß ein solcher Transport mit aller Umsicht in Szene gesetzt werden. Eine mehrjährige Erfahrung hat mich gelehrt, daß gerade dieser Forderung sehr häufig entweder gar nicht oder nur mangelhaft entsprochen wird. Nur die Berücksichtigung aller Eventualitäten, die während eines solchen Transportes vorkommen können, wird es ermöglichen, daß derselbe ohne unvermeidliches Aufsehen und in zufriedenstellender Weise erfolgt.

Zu jedem Transporte eines Geisteskranken sind mindestens zwei Begleiter notwendig. Eine unabsehbare Fülle von Möglichkeiten, die den einen oder den anderen derselben momentan oder für längere Zeit zu verhindern imstande sind, seiner Aufgabe nachzukommen, läßt diese Behauptung ohneweiters berechtigt erscheinen.

Wenn auch die Begleitung durch einen Arzt nicht in jedem Falle geboten sein mag, so wird dieselbe nicht zu umgehen sein, wenn es sich um eine längere Fahrt oder um den Transport eines Geisteskranken handelt, bei dem die Möglichkeit eines Tobsuchtsanfalles oder doch eines stärkeren Erregungszustandes nicht mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

Kommt es zu solchen Zufällen, dann ist häufig Brachialgewalt nicht zu vermeiden und es wird mitunter auch die Anlegung einer Zwangsjacke notwendig sein können, welche daher — trotzdem sie sonst bei der Behandlung Geisteskranker nunmehr verpönt ist — zu einem solchen Transporte immer mitgenommen werden soll.

Besonders hervorheben möchte ich jedoch die große Bedeutung, welche in derartigen Fällen dem Hyoscin zukommt. Dasselbe subkutan injiziert,[1]) bewirkt oft schon binnen weniger Minuten Beruhigung und Schlaf und erweist sich daher gerade beim Transporte aufgeregter Geisteskranker als ein vorzügliches Beruhigungsmittel.

Ich habe wiederholt die Wahrnehmung gemacht, daß Geisteskranke dem Spitale überbracht wurden und erst hier über den Zweck der Reise aufgeklärt werden mußten. Es wurde ihnen in der Abgangsstation irgend eine fiktive Versprechung gemacht, daß sie beispielsweise zur Audienz berufen, zu einer besonderen Dienstleistung in Aussicht genommen seien, es wurde während der Fahrt besprochen, man werde in dem oder jenem Hotel absteigen, Theater oder sonstige Vergnügungsetablissements besuchen usw. Es ist leicht einzusehen, daß derart gefoppte Kranke in dem Momente, wo sie dem Spitale überbracht und interniert werden, in heftigster Weise darauf reagieren, mitunter selbst in Tobsucht verfallen.

Ich will ja ohne weiteres zugestehen, daß die Durchführung eines Geisteskranken-Transportes unter den vorstehend angeführten Verhältnissen sich weit bequemer und leichter gestalten dürfte, möchte aber doch im Interesse des Patienten und der übernehmenden Sanitätsanstalt die Forderung aufstellen, dem Kranken nicht vorerst falsche Angaben und Versprechungen zu machen; insbesondere dann nicht, wenn nicht der begleitende Arzt die Absicht hat, beim Eintreffen in der Anstalt die Maske fallen zu lassen und den Geistesgestörten über den wahren Sachverhalt aufzuklären.

Die Notwendigkeit der eventuellen Anwendung von Brachialgewalt, sowie der Anlegung der Zwangsjacke macht es verständlich, daß zum Transporte geisteskranker Gagisten neben der ärztlichen Begleitung auch Personen des Mannschaftsstandes — womöglich geschultes Hilfspersonal — notwendig sind.

Die Begleitung durch Kameraden des betreffenden Gagisten ist im allgemeinen nicht zu empfehlen und vielleicht nur bei leichten Graden von Geistesstörung und kurzer Fahrt zulässig. Bei einer längeren Reise und wenn Erregungszustände zu be-

---

[1]) Rp. Hyoscini hydrochl. 0,02 : Aquae destill. 10,0; davon auf einmal eine halbe bis eine ganze Pravatzspritze.

fürchten sind, ist unbedingt die Begleitung durch einen Arzt und einen bis zwei Mann zu besorgen.

Einen diesbezüglich höchst lehrreichen Fall führe ich im nachstehenden an:

Ein geisteskranker Stabsoffizier, bei dem plötzlich Größenwahn (progressive Paralyse) ausgebrochen war, sollte aus seinem Garnisonsorte mittels längerer Bahnfahrt ins Garnisonsspital Nr. 1 in Wien transportiert werden. Um dies zu bewerkstelligen, wurde ihm seitens seines Regimentskommandanten die Berufung auf einen äußerst schmeichelhaften Posten in Wien bekanntgegeben und seine sofortige Abreise angeordnet. Zu seiner Begleitung wurde ein Arzt und ein Offizier des Regimentes bestimmt; in Wirklichkeit erhielt jeder von beiden einen schriftlichen Befehl zur Reise nach Wien, jedoch nicht als Begleiter des geisteskranken Stabsoffiziers, sondern zu einer indifferenten Amtshandlung. Demgemäß betrachtete auch der Kranke seine beiden Begleiter als zufällige Reisegesellschafter, unterhielt sich mit ihnen in seiner euphorischen Stimmung sehr angeregt und war guter Dinge. Als Ausdruck seiner freudigen Erregung bestellte er auf einer Station fünf Flaschen Champagner und kostete es viele Mühe, ihn zu bestimmen, sich nur mit einer Flasche zu begnügen. Im weiteren Verlaufe der Fahrt zog sich der Kranke nackt aus, bewarf den Kondukteur mit Zigaretten und benahm sich überhaupt höchst auffällig, ohne daß die beiden Begleiter ihn daran hindern konnten. Am Bahnhofe in Wien bestieg der Geisteskranke einen Fiaker, nachdem er sich bei den beiden Herren für die liebenswürdige Gesellschaft bedankt hatte, besuchte mehrere Lokale, erregte überall wo er hinkam begreifliches Aufsehen, wurde schließlich mit List ins Garnisonsspital gebracht und dem Inspektionsarzte übergeben. Ein Tobsuchtsanfall beschloß diesen denkwürdigen Transport!

Wenn auch diesbezüglich keine allgemeine Norm aufgestellt werden kann, so wird es sich doch jederzeit empfehlen, den Kranken entweder vor Antritt der Reise in die Sanitätsanstalt womöglich in Form eines militärischen Befehles über den Zweck der Spitalsabgabe aufzuklären, oder wenn dies im konkreten Falle passender erschiene, dem begleitenden Arzte einen vom vorgesetzten Kommando ausgefertigten schriftlichen Auftrag mitzugeben, damit derselbe von diesem eventuell Gebrauch machen könne. Denn wie schon an anderer Stelle erwähnt, lehrt die Erfahrung,

daß selbst schwerer geistesgestörte Militärpersonen und namentlich Gagisten sich einem derartigen Befehle, auch wenn sie die Berechtigung oder Notwendigkeit desselben nicht einzusehen vermögen, nur selten nachzukommen weigern, insbesondere dann nicht, wenn man sie auf die unbedingte Notwendigkeit, jeden Befehl zu befolgen, aufmerksam macht und ihnen die Möglichkeit einer nachträglichen Beschwerdeführung in Aussicht stellt. Jedenfalls verleiht die Berufung auf einen Befehl des vorgesetzten Kommandos dem intervenierenden Arzte einen bedeutenden Rückhalt, dessen ich mich selbst in kritischen Situationen schon wiederholt mit bestem Erfolge bedient habe.

An dieser Stelle möchte ich darauf aufmerksam machen, daß es nicht immer zweckmäßig ist, unruhige Geisteskranke der nächsten Militär-Sanitätsanstalt zu übergeben; hiebei sind vielmehr solche Anstalten ins Auge zu fassen, in denen die Unterbringung derartiger Kranker wenigstens für einige Zeit gewährleistet erscheint. Ein kleines Truppenspital eignet sich für die Aufnahme unruhiger Geisteskranker ebensowenig wie ein Marodenzimmer; die Übergabe eines solchen an ein kleines Truppenspital bedeutet eine erhebliche Störung, die füglich vermieden werden kann, wenn man den Kranken, der ohnedies in der kürzesten Zeit weiter transportiert werden müßte, direkte der größeren Sanitätsanstalt zuführt. Auch für den Geisteskranken wird unter diesen Umständen der weitere, aber einmalige Transport kaum einen Nachteil bedeuten.

---

3. Vorgang bei der Spitalsaufnahme geisteskranker und zur Beobachtung ihres Geisteszustandes übergebener Militärpersonen.

Ist der Kranke bei der Spitalsaufnahme über den Zweck derselben noch im Unklaren, so ergibt sich alsbald die Notwendigkeit, ihn hievon in Kenntnis zu setzen, dadurch, daß es dringend geboten ist, ihm sofort Geld und Geldeswert, sowie alles, womit er sich oder seiner Umgebung einen Schaden zufügen könnte, abzunehmen. Sehr häufig bedarf es der dezidierten Erklärung, daß der Kranke dem Spitale zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben worden sei und daß die Hausordnung die Abnahme der bezeichneten Gegenstände vorschreibe, um ihn zur Herausgabe derselben zu bewegen. Man wird selbstverständlich immer bestrebt sein, zuerst durch Güte und Zureden zum Ziele zu gelangen, aber auch nicht zögern dürfen, wenn diese Mittel nicht genügen, die Visitierung und Abnahme der Effekten selbst zwangsweise durchzuführen. Insbesondere möchte ich darauf aufmerksam machen, von diesem Prinzipe in keinem Falle abzugehen und sich nicht gelegentlich bei ruhigen und darum bittenden Kranken zu gewissen Konzessionen bestimmen zu lassen, weil sich dies in mehrfacher Beziehung rächen kann und überdies gegen die Vorschrift verstößt.

Das Reglement für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres II. Teil (§ 34, P. 139) schreibt nämlich vor:

»Wenn Offiziere oder Beamte zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in das Spital gelangen, hat der Inspektionsoffizier die mitgebrachten Waffen, das Geld und die Wertsachen, sowie Gegenstände, durch welche Beschädigungen hervorgerufen werden könnten, zu übernehmen, zu verzeichnen und bis zur Abgabe an den Sanitätsabteilungs-Kommandanten zu verwahren.« »Versieht ein Unteroffizier diesen Inspektionsdienst, so läßt er den Zugang eines geisteskranken Gagisten sofort einem der dem Spitale zugeteilten Offiziere des Soldatenstandes melden, welcher sodann die Funktionen des Inspektionsoffiziers verrichtet.«

Im Punkte 379 *a* desselben Reglements heißt es überdies: »Die imperative Abnahme sämtlicher Geld- und Wertsachen (Geld, Pretiosen,

Urkunden) hat bei allen geistes- und schwerkranken Personen, sowohl des Gagisten- als des Mannschaftsstandes platzzugreifen.«

Um irrtümlichen Auslegungen vorzubeugen, möchte ich speziell aufmerksam machen, daß diese Bestimmungen selbstverständlich nicht nur für Gagisten, sondern auch für Personen des Mannschaftsstandes, und zwar sowohl für die Geisteskranken als auch für sämtliche zur Beobachtung ihres Geisteszustandes Übergebenen Geltung haben müssen.

Nachdem für Untersuchungsgefangene, Arrestanten und Kerkersträflinge noch besondere Vorschriften in Betracht kommen, wird es sich empfehlen, falls solche der Militär-Sanitätsanstalt zur Beobachtung ihres Geisteszustandes übergeben und auf einer eigenen Beobachtungs-Abteilung aufgenommen werden, bei ihrer Visitierung auch den mit dem Profoßendienste betrauten Unteroffizier heranzuziehen.

Eine weitere Maßnahme, die zwar nicht vorgeschrieben, aber durchaus geboten ist, besteht darin, daß sämtliche Effekten geisteskranker und zur Beobachtung übergebener Gagisten — bei den Personen des Mannschaftsstandes geschieht dies überhaupt in jedem Falle — stückweise aufgenommen und verzeichnet werden. Selbstverständlich müssen die Verzeichnisse fallweise richtiggestellt werden, wenn ein Abgang oder eine Vermehrung der Effekten stattfindet.

Bezüglich der Geldgebarung möchte ich auf folgendes aufmerksam machen: Das den Geisteskranken und zur Beobachtung Übergebenen abgenommene Geld, sowie allfällige für dieselben einlangenden Geldsendungen werden beim Sanitäts-Abteilungskommando (Verwaltungsoffizier — Punkt 383 des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres II. Teil) deponiert und verrechnet. Um jedoch das für die täglichen kleineren Bedürfnisse der Observanden (Rauchrequisiten, Schreibmaterialien, Zeitung usw.) notwendige Geld stets bei der Hand zu haben, empfiehlt es sich, auf der Abteilung eine Handkassa durch einen Arzt führen zu lassen, welchem zu diesem Zwecke seitens des Sanitäts-Abteilungskommandos kleinere Beträge von 10—20 Kronen für die einzelnen Kranken auf Grund von durch den Abteilungs-Chefarzt vidierten Quittungen, die die Patienten ausstellen, ausgefolgt werden. Die Verrechnung geschieht in einem eigenen Kassabuche, und zwar gesondert für jeden einzelnen Observanden.

4. Überwachung der in Beobachtung befindlichen Militärpersonen.

Ist der Geisteskranke oder der in Beobachtung Befindliche in der Sanitätsanstalt untergebracht, so erwächst für diese nunmehr die wichtige Aufgabe, denselben zu beobachten, zu behandeln und ihn vor allem entsprechend zu überwachen. Namentlich in letzterer Beziehung muß in den Militär-Sanitätsanstalten eine besondere Vorsicht geübt werden, weil das Pflegepersonal im allgemeinen den Anforderungen, die an Irrenwärter gestellt werden, nur zum Teile entsprechen dürfte. Bevor daher militärische Krankenpfleger mit der Überwachung geisteskranker oder in Beobachtung befindlicher Personen betraut werden, ist es dringend geboten, dieselben eingehend zu belehren und sie durch entsprechende Unterweisung für den schweren und verantwortungsvollen Dienst auszubilden. Diesbezüglich möchte ich auf den »Leitfaden zum Unterrichte für das Pflegepersonal in öffentlichen Irrenanstalten von Dr. Heinrich Schlöß (Wien, Franz Deuticke 1903)« besonders aufmerksam machen.

Die strengste Überwachung der hier in Betracht kommenden Personen ist umso wichtiger, als nicht selten Untersuchungsgefangene, Arrestanten und Kerkersträflinge den Militär-Sanitätsanstalten zur Beobachtung ihres Geisteszustandes übergeben werden, bei welchen — insolange die Beobachtung nicht abgeschlossen und der Geisteszustand noch zweifelhaft ist — die Verwendung der Arrestantenwache des Spitales zur Überwachung nicht nur nicht zweckmäßig ist, sondern unter Umständen geradezu gefährlich werden kann.

Ich möchte hier darauf aufmerksam machen, daß seitens des k. u. k. 2. Korps-Kommandos mit der Verordnung M.-A. Nr. 7888 vom 9. Juni 1886 verfügt worden ist, daß die Bewachung von in Untersuchungs- oder Strafhaft befindlichen Personen, welche

behufs Konstatierung ihres Geisteszustandes in Beobachtung des Garnisonsspitales sich befinden, durch einen Wachposten von dem Zeitpunkte entfallen könne, wo das Vorhandensein einer Geistesstörung durch die behandelnden Militärärzte unzweifelhaft konstatiert ist.

Selbstverständlich muß in Garnisonsspitälern, in denen sich eine eigene, entsprechend eingerichtete, gesperrte Beobachtungsabteilung befindet, von der Aufführung von Wachposten in derselben unbedingt abgesehen werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist die permanente Überwachung der Observanden auf der Beobachtungsabteilung während der Nacht, einerseits weil die gegenseitige Kontrolle zum größten Teile entfällt und weil anderseits die Erfahrung lehrt, daß Flucht- oder Selbstmordversuche mit Vorliebe während der Nachtstunden unternommen werden.

Um sich nun die Überzeugung zu verschaffen, daß die betreffenden Nachtinspektionen nicht schlafen, empfiehlt sich — abgesehen von unvermuteten Visitierungen — die Anbringung einer Wächter-Kontrolluhr, an welcher jede Viertel- oder halbe Stunde die Markierung vorzunehmen ist.

Mit Rücksicht auf die ziemlich große Ausdehnung der Beobachtungsabteilung im Garnisonsspitale Nr. 1 ist im Offiziers- und Mannschaftstrakte je eine solche Uhr in einem absperrbaren eisernen Gehäuse fix angebracht und haben die im Nachtinspektionsdienste stehenden Pfleger den Auftrag, nach jeder halben Stunde die Markierung vorzunehmen. Am Morgen wird dann der zu jeder Uhr gehörige Papierstreifen, der täglich eingeklebt wird, bezüglich der richtigen Markierung überprüft.

Es bedarf wohl keiner eingehenderen Begründung, daß bezüglich der Besuche und der Korrespondenz der in Beobachtung befindlichen und geisteskranken Personen eine strenge Kontrolle geübt werden muß. Es würde zuweit führen, auf alle die Möglichkeiten und Unzukömmlichkeiten hinzuweisen, die bei einer diesbezüglich unzureichenden Kontrolle zustande kommen könnten, doch möchte ich speziell hervorheben, daß von Geisteskranken — namentlich Paralytikern — mit Vorliebe brieflich Bestellungen gemacht werden, weshalb nur eine genaue Überwachung der Korrespondenz solcher Kranker vor höchst peinlichen Überraschungen bewahren kann.

Die im Garnisonsspitale Nr. 1 eingeführte Bestimmung, daß Besuche auf der Beobachtungsabteilung nur mit Vorwissen des Abteilungs-Chefarztes oder dessen Stellvertreters erfolgen dürfen, entsprang der Erwägung, daß nur die behandelnden Ärzte über jeden einzelnen Kranken und allfällige besondere Umstände so genau informiert sein können, um die Verantwortung, die mit der Erteilung dieser Erlaubnis verbunden ist, voll zu tragen. Diese wird in der Art erteilt, daß die Besucher entweder Passierscheine erhalten, welche sie beim fallweisen Betreten der Beobachtungsabteilung dem im Schlüsseldienste stehenden Krankenpfleger vorzuweisen haben, oder indem nur für den betreffenden Tag der Besuch (schriftlich oder mündlich) gestattet wird.

Namentlich in größeren Militär-Sanitätsanstalten dürfte es ziemlich häufig vorkommen, daß mehrere Untersuchungsgefangene, Arrestanten oder Kerkersträflinge sich gleichzeitig zur Beobachtung ihres Geisteszustandes im Spitale befinden und auf der Beobachtungsabteilung — wenn eine solche vorhanden — untergebracht sind.

Bezüglich der Unterbringung dieser Kategorie von Observanden betehen übrigens zwei Möglichkeiten, wenn sich in dem betreffenden Spitale sowohl eine Beobachtungs- als auch eine Arrestantenabteilung befindet.

Prinzipiell sollten alle Beobachtungsfälle auf die betreffende Abteilung gegeben werden. Wenn jedoch einmal ausnahmsweise unverhältnismäßig viel Häftlinge auf der Beobachtungsabteilung untergebracht sein sollten, dann ist es im Interesse der Sicherheit und der Disziplin geboten, einzelne von ihnen auf die Arrestantenabteilung zu überlegen. Für die Auswahl derselben ist neben ihrer Gefährlichkeit und Fluchtverdächtigkeit namentlich der Umstand maßgebend, ob es sich bei ihnen um die Konstatierung ihres gegenwärtigen, anscheinend geistesgestörten Zustandes handelt, oder ob den Gegenstand der Beobachtung die Frage der Zurechnungsfähigkeit tempore criminis bildet. Im letzteren Falle können die Betreffenden anstandslos auch auf der Arrestantenabteilung untergebracht werden, wenn bezüglich ihres momentanen normalen Geisteszustandes kein Zweifel besteht.

Jedenfalls ist es dringend geboten, daß die beobachtenden Ärzte auch über die für Häftlinge gültigen Bestimmungen orientiert sind; speziell ist die Kenntnis der Vorschrift betreffs der Besuche und der Korrespondenz unbedingt notwendig.

Diesbezüglich sei angeführt, daß laut der Hausordnung für die in Militärgefängnissen verwahrten Kerkersträflinge, Untersuchungsgefangenen etc. Besuche nur mit Bewilligung der vorgesetzten Militärbehörde oder des Vorstandes des Militärgefängnisses, beziehungsweise des Kommandanten der Strafanstalt, und zwar nur solchen Verwandten und Freunden gestattet werden, gegen deren Zulassung kein Bedenken obwaltet. Die Unterredung hat an einem von den übrigen Häftlingen, beziehungsweise Sträflingen abgesonderten Orte in Gegenwart eines Offiziers oder Profoßen und nur in einer den letzteren verständlichen Sprache zu geschehen. Bei Untersuchungsgefangenen dürfen Besuche nur in Gegenwart einer Gerichtsperson stattfinden und können, wenn aus denselben ein Nachteil für die Untersuchung zu besorgen ist, von dem Untersuchungsrichter gänzlich untersagt werden.

Bezüglich der Korrespondenz gelten folgende Bestimmungen, und zwar:

A. Für Personen, welche nicht zum Mannschaftsstande gehören:

»Jeder Sträfling darf alle 6 Wochen und im letzten Drittel der Strafzeit jeden Monat einen Brief unbedenklichen Inhaltes an seine Verwandten oder Freunde absenden und einen solchen von ihnen empfangen.

Jedoch dürfen die benötigten Schreibmaterialien dem Sträflinge nur fallweise und unter strenger Kontrolle gegen einen etwaigen Mißbrauch verabfolgt werden.

Von dem Sträflinge geschriebene und an ihn einlangende Briefe werden dem Strafhauskommando übergeben und von diesem vor ihrer Absendung, rücksichtlich vor der Abgabe an den Sträfling gelesen.« (§ 5, D I. 6.)

B. Für Personen, welche zum Mannschaftsstande gehören:

»Dem zu einer die Dauer eines Jahres nicht übersteigenden Kerkerstrafe Verurteilten ist gestattet, jeden Monat einen Brief unbedenklichen Inhaltes an seine Verwandten oder Freunde abzusenden und einen solchen von ihnen zu empfangen.

Arreststräflinge und Untersuchungsgefangene sind an eine bestimmte Frist im Empfange und Absenden von Briefen nicht gebunden.

Es müssen jedoch alle von Sträflingen geschriebenen und an dieselben einlangenden Briefe und dergleichen Sendungen dem Vorstande des Militär-Gefängnisses oder dem mit der Oberleitung betrauten Offizier übergeben und von einem der letzteren vor der Absendung, rücksichtlich vor der Abgabe an den Sträfling gelesen werden.

Der Untersuchungsgefangene darf nur mit Vorwissen des Untersuchungsrichters Telegramme, Briefe und ähnliche Sendungen empfangen oder absenden und erst nachdem der Untersuchungsrichter dieselben gelesen und deren Absendung oder Aushändigung unbedenklich gefunden hat.

Die benötigten Schreibmaterialien dürfen den Straf- und Untersuchungsgefangenen nur fallweise und unter strenger Kontrolle gegen einen etwaigen Mißbrauch verabfolgt werden.« (§ 8, D II. 6.)

Ich erachte es als zweckmäßig und zur Vermeidung weitgehender Details geboten, an dieser Stelle den Wortlaut der im Garnisonsspitale Nr. 1 für das Pflegepersonal der Beobachtungs-Abteilung geltenden Bestimmungen, sowie des an den beiden Eingangstüren angebrachten, für die Besucher bestimmten Avisos anzuführen:

»Verhaltungs-Maßregeln
für das Pflegepersonal der Beobachtungs-Abteilung.

I. Im allgemeinen.

1. Der Pfleger der Beobachtungs-Abteilung hat die Kranken nicht allein zu pflegen, sondern auch zu beaufsichtigen; er hat achtzugeben, was sie machen und namentlich darauf zu achten, daß sie weder anderen noch sich selbst etwas tun.

2. Unruhigen und aufgeregten Kranken hat er das Fleisch zu schneiden und darf ihnen für das Essen nur einen Löffel geben. Der Aufsichts-Unteroffizier bezeichnet ihm die Kranken, denen er Messer und Gabel geben darf, sowie diejenigen, bei denen er während des Essens anwesend zu sein hat.

3. Für gewöhnlich dürfen nur die mittleren Fenster offen bleiben und die unteren nur zum Lüften während der Reinigung der Zimmer geöffnet werden. Der Aufsichts-Unteroffizier bezeichnet fallweise dem Pfleger die Zimmer, wo ausnahmsweise auch die unteren Fenster offen bleiben dürfen.

4. Der Pfleger darf keinen Brief, den ihm ein Kranker gibt, zur Post tragen, sondern muß einen jeden dem Aufsichts-Unteroffizier übergeben.

5. Wenn der Pfleger einen Kranken in den Garten begleitet, muß er denselben stets im Auge behalten und hat namentlich darauf zu sehen, daß er nicht Briefe anderen Personen zusteckt.

6. Personen, welche zum Besuche der Kranken kommen, darf der Pfleger den Eintritt nur gestatten gegen Vorweisung eines vom Chefarzte oder dessen Stellvertreter ausgestellten Passierscheines.

7. Während des Inspektionsdienstes — ohne Unterschied ob bei Tag oder bei Nacht — hat der Pfleger durch häufiges Auf- und Abgehen im Gange vor den Zimmern die Kranken zu überwachen. Er darf unter keiner Bedingung längere Zeit irgendwo sitzen bleiben und sich dadurch um die Kranken nicht kümmern.

8. Während des Inspektionsdienstes in der Nacht hat der Pfleger jede halbe Stunde an der Kontrolluhr die Markierung vorzunehmen und überdies besonders darauf zu sehen, daß kein Kranker die Decke über den Kopf zieht. Der Kopf des Kranken muß immer sichtbar sein.

9. Bemerkt der Pfleger in der Nacht, daß das Bett eines Kranken leer ist, so muß er sofort nachsehen, wo sich derselbe befindet. Geht der Kranke im Zimmer herum und verhält er sich sonst ruhig, so braucht der Pfleger nichts zu veranlassen; er muß jedoch einen solchen Kranken besonders aufmerksam überwachen.

10. Muß sich der Pfleger während der Nacht durch längere Zeit mit einem Kranken beschäftigen, so hat der zweite im Inspektionsdienste stehende Pfleger sofort den Aufsichts-Unteroffizier oder einen anderen Pfleger zu wecken.

11. Bei irgend einer Gefahr — namentlich wenn er von Patienten angegriffen wird — hat der Pfleger zunächst das Alarmsignal[1]) zu geben und dann — wenn möglich — den Aufsichts-Unteroffizier zu wecken.

II. Für den Aufsichts-Unteroffizier im besonderen.

1. Der Aufsichts-Unteroffizier hat die für die Pfleger im allgemeinen gültigen Bestimmungen nicht nur selbst zu beachten, sondern auch strenge darauf zu sehen, daß sie von den ihm untergeordneten Pflegern genau eingehalten werden.

2. Er ist für die strikte Befolgung dieser Weisungen und für die Ordnung in der Beobachtungs-Abteilung in erster Linie verantwortlich.

3. Er hat jeden in die Beobachtungs-Abteilung neu kommandierten Pfleger in diesen Bestimmungen zu unterrichten und mit allen Pflegern darüber wiederholt Schule zu halten.

4. Der Aufsichts-Unteroffizier kommandiert nach den Weisungen des Chefarztes die Pfleger in den Inspektionsdienst.

5. Er hat die auf der Abteilung befindlichen Medikamente unter Verschluß zu halten und nach den Weisungen des Chefarztes oder dessen Stellvertreters auszugeben. Das Eßzeug hat er sofort nach der Reinigung einzusperren.

6. Er hat sich wiederholt die Überzeugung zu verschaffen, daß die Patienten nicht nachträglich in den Besitz von Geld oder solcher Gegenstände gelangt sind, wodurch sie sich oder anderen einen Schaden zufügen könnten.

7. Er hat ferner ein Beobachtungsbuch zu führen, in welches wichtigere Vorkommnisse bei den einzelnen Kranken, die sich im Verlaufe von 24 Stunden ergeben, einzutragen sind; dasselbe ist jeden Morgen dem Chefarzte vorzulegen.

8. Schließlich hat er bei den Personen des Mannschaftsstandes die von denselben mitgebrachten Uniformsorten und sonstigen Effekten laut Kopfzettel in Evidenz zu nehmen, sowie einen eventuellen Abgang oder eine Vermehrung derselben zur Richtigstellung der Vormerkung anzumelden. Bei der Entlassung der Mannschaftspersonen aus der Beobachtungs-Abteilung hat er die richtige Übernahme der Uniformsorten und Effekten durch dieselben zu überwachen.«

---

[1]) Es befindet sich in der Beobachtungs-Abteilung ein Taster zu einer elektrischen Verbindung mit der Aufnahmskanzlei. Sobald dieses Signal — mittels einer schrillen Glocke — ertönt, hat sich der Inspektionsarzt, der von der Aufnahmskanzlei verständigt wird und einen Schlüssel zur Beobachtungs-Abteilung besitzt, unverzüglich unter Mitnahme des verfügbaren Personales dahin zu begeben.

Aviso.[1])

»Das Betreten der Abteilung ist nur gegen jedesmalige Vorweisung des vom Abteilungs-Chefarzte oder dessen Stellvertreter ausgestellten Passierscheines gestattet.

Besucher der Abteilung haben Seitenwaffe, Stöcke, Schirme u. dgl. abzugeben.

Das Hereinbringen von Eßwaren ist nur fallweise mit ärztlicher Einwilligung gestattet. Geistige Getränke dürfen unter keiner Bedingung den Kranken zugetragen werden. Schnüre und sonstige Bindemittel müssen von den Paketen vor dem Eintritte in die Abteilung entfernt werden.

Gebrauchsgegenstände dürfen den Kranken nur mit Vorwissen der Ärzte verschafft werden.

Patienten dürfen weder Geld, noch Wertgegenstände bei sich haben und dürfen daher auch solche von den Angehörigen nicht erhalten.

Briefe für Kranke oder von diesen zur Aufgabe übernommenen Briefe müssen unter allen Umständen dem Pflegepersonale oder den Ärzten der Abteilung übergeben werden.

Eventuelle Anstände mit dem Pflegepersonale oder sonstige Beschwerden sind unbedingt und sofort Vormittag von 10—12^{h}, Nachmittag von 4—5^{h} dem Abteilungs-Chefarzte oder dessen Stellvertreter zur Kenntnis zu bringen.

Eine Übertretung dieser Vorschriften würde die unbedingte Einziehung des Passierscheines zur Folge haben.«

---

[1]) Angebracht an der Außenseite der beiden in die Beobachtungs-Abteilung führenden Türen.

5. Erhebungen und Berichte über geisteskranke und zur Beobachtung abgegebene Militärpersonen.

Wird eine Militärperson der Sanitätsanstalt zur Beobachtung des Geisteszustandes übergeben, so ist es Pflicht des diensttuenden Arztes dafür zu sorgen, daß die Heilanstalt womöglich sofort oder doch in der kürzesten Zeit über die näheren Verhältnisse, welche diese Verfügung notwendig gemacht haben, in Kenntnis gesetzt werde. Das Reglement für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil (§ 28, Punkt 243) schreibt diesbezüglich vor:

»Wenn ein Militärarzt einen Kranken in die Sanitätsanstalt bestimmt, so hat die betreffende Unterabteilung den ärztlichen Befund aus dem Marodenbuche vollinhaltlich in die Revisionsliste zu übertragen. Erfolgt die Abgabe behufs Konstatierung eines Leidens, so ist dieser Umstand auf der Revisionsliste dem Spitale zur Kenntnis zu bringen. In wichtigen Fällen, insbesondere bei der Abgabe zur Beobachtung des Geisteszustandes, wegen Verdacht auf Simulation usw. ist nebst der Revisionsliste ein von dem Militärarzte für das Spital verfaßter Bericht beizuschließen.«

Um nachträgliche Ergänzungen zu vermeiden, wird es sich empfehlen, daß der betreffende Arzt in diesem Berichte nicht nur seine eigenen Wahrnehmungen zum Ausdrucke bringt, sondern auch bei der Unterabteilung Erhebungen pflegt und das Resultat derselben, soweit dieses für die psychiatrische Beurteilung des Falles in Betracht kommen dürfte, verzeichnet. Mitunter wird sich auch die Notwendigkeit ergeben, einen separaten Bericht von der Unterabteilung einzuholen und beizuschließen.

Es ist zweckmäßig, daß die Sanitätsanstalt in jedem Falle, der ihr zur Beobachtung des Geisteszustandes übergeben wird, sofort die vorgeschriebenen Erhebungen einleitet, weil die Erfahrung lehrt, daß es mitunter längere Zeit dauert, bis das Resultat dieser Erhebungen einlangt.

Die Notwendigkeit, dieselben zu pflegen, ergibt sich aus dem § 57, Punkt 184, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres II. Teil, in welchem es heißt:

»In jedem Falle von Beobachtung des Geisteszustandes hat die Militär-Sanitätsanstalt durch den Standeskörper im Wege der politischen Behörde erheben zu lassen, ob der in Beobachtung Stehende nicht bereits vor seiner Aufnahme in den Militärverband (Assentierung) geisteskrank war. Diese Erhebungen, welche in ähnlicher Weise auch in anderen zweifelhaften Fällen (z. B. bei angeblicher Fallsucht) eingeholt werden müssen, sind stets dem ärztlichen Gutachten beizuschließen.«

Der Grund für diese Bestimmung ist durch den § 99:*c* des Versorgungsgesetzes (Anhang zur Gebührenvorschrift für das k. u. k. Heer III. Teil — Dienstbuch K—4) gegeben, demzufolge jene Unteroffiziere und Soldaten, welche während des aktiven Dienstes von Blödsinn, Epilepsie befallen, oder durch Lähmung hilflos wurden und nicht bei Angehörigen die nötige Pflege finden können, Anspruch haben, in eines der bestehenden Militär-Invalidenhäuser aufgenommen zu werden.

Außerdem heißt es im § 114 des früher bezeichneten Versorgungsgesetzes:

»Geisteskranke Offiziere jeden Grades (Auditore, Militärärzte und Truppen-Rechnungsführer), Seekadetten, Militär- und Marine-Geistliche, Beamte und in keine Diätenklasse eingereihte Gagisten, welche im Genusse einer Militärgebühr (Gage oder Pension) stehen, sowie jene Unteroffiziere, Soldaten und Matrosen, welche während ihrer aktiven Dienstleistung oder während sie sich im Genusse einer Invalidenpension oder im Versorgungsstande eines Invalidenhauses befinden, geisteskrank werden, können, im Falle deren Übergabe an eine Irrenanstalt als notwendig erkannt wird:

a) in die Irrenabteilung des Militär-Invalidenhauses in Tyrnau;[1])
wenn aber daselbst ihre Unterbringung nicht möglich sein sollte,

b) in eine Zivil-Irrenanstalt untergebracht werden.

Erstere werden beim Tyrnauer Invalidenhause, letztere auf die Dauer ihrer Krankheit bei jenem Militär-Invalidenhause im Stande geführt, welchem ihre Evidenzhaltung obliegt.«

Aus diesen beiden soeben zitierten Paragraphen geht hervor, daß nur die während des aktiven Dienstes oder später (im Genusse einer Invalidenpension oder im Versorgungsstande eines Invalidenhauses befindliche) an einer Geistesstörung erkrankte Mannschaft der militärischen Versorgung zur Last fällt. Daß dagegen jene Mannschaft, welche bereits früher geisteskrank war, darauf keinen Anspruch hat, ergibt sich implicite daraus, sowie aus nachstehendem Erlasse des k. u. k. Reichs-Kriegsministeriums, Abt. 14, Nr. 2054 ex 1884:

---

[1]) Geisteskranke Gagisten werden nicht mehr nach Nagyszombat (Tyrnau) abgegeben.

»In jenen Fällen, wo es möglich erscheint, daß die Geisteskrankheit schon vor dem Eintritte des Geisteskranken in die aktive Dienstleistung bestanden habe, sind wegen Konstatierung der diesfälligen Verhältnisse die eindringlichsten Erhebungen zu pflegen und ist nur nach dem Ergebnisse derselben vorzugehen, d. h. entweder die Invalidenversorgung nach § 99 des Militär-Versorgungsgesetzes zuzuerkennen, beziehungsweise die Entscheidung des Reichs-Kriegsministeriums einzuholen, oder der Geisteskranke, als auf eine Invalidenversorgung nicht anspruchsberechtigt, der politischen Behörde zu übergeben.«

Gegebenen Falles kann es auch notwendig werden, anderweitige Erhebungen zu pflegen, wie z. B.: Die Einholung von Krankengeschichten anderer Sanitätsanstalten, von Berichten seitens der Vorgesetzten des Observanden, Auszügen aus den Krankenprotokollen usw.

In einzelnen Militär-Sanitätsanstalten besteht der Brauch, über jeden zur Beobachtung übergebenen Kranken einen Fragebogen auszuschicken, in welchem eine ganze Reihe von Fragen gestellt sind, die — wenn richtig und ausführlich beantwortet — allerdings eine für gewöhnlich ausreichende Grundlage für die Verfassung der Anamnese abgeben. Die Erfahrung lehrt jedoch, daß die Beantwortung derartiger Fragebögen sehr häufig in einer höchst schablonenhaften Weise erfolgt und daher das gewünschte Resultat nicht ergibt. Aus diesem Grunde erscheint es zweckmäßiger, von der Aussendung derartiger Fragebögen abzusehen und in jedem Falle in einer an das Kommando der Sanitätsanstalt gerichteten Meldung die speziellen Verhältnisse klarzustellen und um die Einleitung der bezüglichen Erhebungen zu bitten. Das Resultat derselben wird dann unter dem betreffenden Datum im Beobachtungs-Journale auszugsweise eingetragen, der Erhebungsakt selbst bis zur Abgabe des Beobachtungs-Journals und Gutachtens asserviert.

---

6. Durchführung der Beobachtung, Beobachtungs-Journale und Gutachten usw.

»In allen sowohl gerichtlichen als außergerichtlichen Fällen, wo die normale Beschaffenheit des Geisteszustandes aus irgend einer Ursache angezweifelt wird, hat die Begutachtung stets durch zwei graduierte Ärzte zu geschehen und muß sich auf eine sorgfältige, am zweckmäßigsten in einer Sanitätsanstalt angestellte Beobachtung stützen. Dieselbe hat so lange zu dauern, bis die Ärzte zu einem bestimmten Schlusse gelangt sind.« (Reglement für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil, § 39, Punkt 289.)

Laut § 57, Punkt 183, desselben Reglements II. Teil werden Beobachtungs-Journale

»über die den Militär-Sanitätsanstalten zur Beobachtung und Konstatierung ihres Geisteszustandes übergebenen Kranken, oder auf besondere Anordnung auch über solche Kranke geführt, deren zweifelhafter Krankheitszustand einer länger dauernden, gründlichen Beobachtung bedarf.«

und besteht das Beobachtungs-Journal aus:

»*a)* Der Einleitung, welche das Nationale des Kranken, den bezüglichen Befehl und den Zweck der Beobachtung enthält;

b) den anamnestischen Daten;

c) der fortlaufenden, täglich oder in kurzen Zeitintervallen vorzunehmenden Eintragung der bei den Kranken gemachten Wahrnehmungen, und

d) aus der Angabe, mit welchem Tage die Beobachtung geschlossen wurde.«

Im § 39, Punkt 290, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil heißt es dagegen:

»Das Beobachtungs-Journal hat aus einer eingehenden Anamnese zu bestehen, welcher sich der körperliche Befund (status praesens) zur Zeit der Aufnahme und sodann die weiteren Beobachtungen anschließen. Die letzteren müssen in Form eines Tagebuches die Wahrnehmungen der Ärzte, mit wörtlicher Wiedergabe charakteristischer Äußerungen des Kranken, dann die Art und die Erfolge der Behandlung, sowie sein gesamtes Verhalten schildern. Die Gespräche haben in Fällen gerichtlicher Untersuchung sich eingehend mit dem Gegenstande derselben zu befassen.«

Wenn auch in kleineren Militär-Sanitätsanstalten relativ selten Beobachtungen des Geisteszustandes vorgenommen werden

dürften, so wird es sich doch unter allen Umständen empfehlen, ein eigenes Beobachtungs-Journal in Buchform zu führen, in welchem fallweise die Ergebnisse der konkreten Beobachtung und schließlich das Gutachten einzutragen sind. Die Zeugnisprotokolle eignen sich hiefür keineswegs, und zwar aus dem Grunde, weil sich niemals auch nur annähernd bestimmen läßt, wieviel Seiten für das Beobachtungs-Journal und Gutachten notwendig sein werden.

In größeren Spitälern, wo stets mehrere Beobachtungen gleichzeitig vorzunehmen sind, wird die Führung von mindestens zwei Beobachtungs-Journalen (für Gagisten und Mannschaft) zweckmäßig sein. Im Garnisonsspitale Nr. 1, in welchem fast konstant 10 Gagisten und 20 Personen des Mannschaftsstandes (mitunter auch noch mehr) in Beobachtung stehen, hat sich die Notwendigkeit ergeben, gleichzeitig fünf Beobachtungs-Journale anzulegen, und zwar zwei für Gagisten (A—M und N—Z) und drei für Personen des Mannschaftsstandes (A—J, K—R und S—Z). Die Zweckmäßigkeit dieser Einführung ergibt sich ohne weiteres, wenn man erwägt, daß nur auf diese Weise Kollisionen bei den Eintragungen der täglichen Beobachtungen vermieden werden können. Darin liegt auch der Grund, warum in Irrenanstalten für jeden Patienten eine separate Krankengeschichte — auf losen Blättern — geführt wird.

Mit Rücksicht darauf wurde vor einigen Jahren im Garnisonsspitale Nr. 1 der Versuch gemacht, über jeden zur Beobachtung übergebenen Fall ein separates Beobachtungs-Journal anzulegen, doch stellte es sich heraus, daß eine solche Einführung eine eigene Registratur auf der Abteilung notwendig machen würde, was aus mehrfachen Gründen unzweckmäßig wäre.

Es empfiehlt sich, bei jedem Beobachtungs-Journale (à 200 Seiten Papierformat B) die ersten vier Seiten zur Anlegung eines Verzeichnisses zu verwenden, in welchem außer den Rubriken für das Nationale auch noch alle jene Rubriken aufgenommen werden, die bei der Verfassung des Sanitätsberichtes in Betracht kommen.

Diesbezüglich schreibt der Erlaß vom 18. Dezember 1897, Abt. 14, Nr. 367 (Beiblatt Nr. 42) vor:

»Bei Anführung der vorgekommenen Geisteskrankheiten sind in jedem einzelnen Falle nachstehende Momente unbedingt anzugeben: Truppenkörper, Charge, Name, Zu- und Abgangsdatum, Art des Abganges und der Unter-

bringung des Geisteskranken (ob genesen, gestorben, beurlaubt, entlassen, in den Ruhestand übernommen, in die Privatpflege an die Angehörigen, in die Militär-Irrenheilanstalt in Tyrnau oder an eine Zivil-Irrenanstalt usw. übergeben).

Nach Möglichkeit sollen auch bei den Geisteskranken die ursächlichen Momente, wie z. B. erbliche Belastung, vorausgegangenes Trauma, Luës, gewohnheitsmäßiger Übergenuß von Alkohol usw. angeführt werden.

Bei Bezeichnung der verschiedenen Formen der Geistesstörungen ist sich der in der Beilage angeführten Klassifikation der Geisteskrankheiten zu bedienen. Anderweitige Benennungen sind zu vermeiden.« (Beiblatt Nr. 42 zu dem Normal-Verordnungsblatte für das k. u. k. Heer.)

Auf diese Weise ist es möglich, den Beitrag zum Sanitätsbericht sehr einfach zu verfassen, indem nämlich alle Fälle von Geisteskrankheit, die im Verlaufe eines Jahres vorgekommen sind, nach Krankheitsform und Standesgruppe geordnet, aus dem Verzeichnisse mit sämtlichen Rubriken herausgeschrieben werden. Gleichzeitig dient das letztere, da in demselben ein jeder, über den ein Beobachtungs-Journal angelegt wurde, bei seiner Entlassung ausgetragen wird, als Namensverzeichnis.

Nachstehendes Beispiel eines solchen Verzeichnisses zeigt die einzelnen Rubriken und die Art der Eintragung, wobei bemerkt wird, daß der sogenannte »Kopf« an der Längsseite des Beobachtungs-Journales anzulegen ist.

Truppenkörper etc.	Charge	Name	Zugangs-Datum	Abgangs-Datum	Diagnose	Alter	Nachweisbares ätiologisches Moment	Hereditäre Belastung	Art des Abganges	Anmerkung
Mltr.-Verpfl.-Magazin in.........	Offizial III. Kl.	F. S.	18./I. 1899	10./IV. 1899	Progressive Paralyse	34	1885 Luës	—	Landes-Irren-anstalt in	—
...Kadetten-Schule in	Zögling	J. W.	27./I. 1899	1./II. 1899	Keine Geistesstörung	17	—	—	Beurlaubt	Neurasthenie
Ruhestand	Oberst	C. R.	28./I. 1899	10./III. 1899	Dementia senilis	70	Senium, 2 Schlaganfälle	—	Privat-Heilanstalt in	—

Bezüglich der Diagnose ist auf folgendes zu achten:

Im Beiblatte Nr. 42 zum Normal-Verordnungsblatte für das k. u. k. Heer wurde zu Abt. 14, Nr. 367, vom Jahre 1897 folgende Klassifikation der Geisteskrankheiten publiziert:

»I. Angeborene Geistesstörung.
   1. Angeborener Blödsinn (Idiotie).
   2. Angeborener Schwachsinn (Imbecillität).

II. Erworbene Geistesstörung.
   a) Einfache Geistesstörung.
      1. Selbstanklagewahn (Melancholie).
      2. Tollheit (Manie).
      3. Verwirrtheit. Allgemeiner Wahnsinn (Amentia).
      4. Primäre Verrücktheit, partieller Wahnsinn (Paranoia).
      5. Periodische Geistesstörung (Psychosis periodica).
      6. Erworbener Blödsinn (Dementia).
   b) Komplizierte Geistesstörung.
      1. Paralytische Geistesstörung (Paralysis progressiva).
      2. Epileptische Geistesstörung (Psychosis e epilepsia).
      3. Hysterische Geistesstörung (Psychosis hysterica).
      4. Neurasthenische Geistesstörung (Psychosis e neurasthenia).
      5. Geistesstörung mit Herderkrankung (Psychosis e cerebropathia circumscripta).
      6. Geistesstörung mit Pellagra (Psychosis ex Pellagra).
   c) Toxische Geistesstörung.
      1. Alkoholismus.
      2. Andere Intoxikationspsychosen (Morphinismus, Kokaïnismus, Chloralismus etc.).«

Es ist ein in der Psychiatrie häufig empfundener Übelstand, daß bezüglich der Benennung der einzelnen Formen von Geistesstörung keine Einheitlichkeit besteht.

Mit Rücksicht darauf, daß nicht selten Transferierungen geisteskranker Militärpersonen aus einer Militär-Sanitätsanstalt in eine andere erfolgen, in welchem Falle möglichste Übereinstimmung in der Benennung und Beurteilung der Krankheit gefordert werden muß, oder daß forensisch-psychiatrische oder auch einfache Gutachten vielfach den Gegenstand der Bearbeitung und Überprüfung durch andere Militärärzte bilden, wäre es zum Zwecke der Vermeidung allfälliger Mißverständnisse dringend geboten, in der k. u. k. Armee eine einheitliche Nomenklatur der geistigen Erkrankungen zu akzeptieren.

Ich möchte daher unter den gegenwärtigen Verhältnissen die Bezeichnung und Beurteilung der Geistesstörungen nach Kraepelin zur allgemeinen Annahme empfehlen.

Nachdem jedoch diese letztere nicht unerheblich von der vorstehenden, für statistische Eingaben vorgeschriebenen Nomenklatur abweicht, muß selbstverständlich im konkreten Falle eine Einreihung der eventuell abweichenden Diagnosen in den normierten Rahmen erfolgen. In welcher Weise dies zu geschehen hat, möge durch folgende Beispiele angedeutet werden:

Kraepelin unterscheidet zwischen dem manisch-depressiven Irresein als einer periodisch auftretenden Geistesstörung mit manischen und melancholischen Zustandsbildern (abgesehen von den »Mischzuständen«) und der eigentlichen Melancholie des Rückbildungsalters. Die letztere wird unbedingt in die Rubrik II. *a)* 1. (Melancholie) einzureihen sein, während das manisch-depressive Irresein entweder in den Rubriken: II. *a)* 1. (Melancholie), II. *a)* 2. (Manie) oder auch sub II. *a)* 5. (Periodische Geistesstörung) ausgewiesen werden könnte. Im Interesse einer möglichsten Einheitlichkeit und zum Zwecke einer einwandfreien Verwertbarkeit der statistischen Eingaben und der darin ausgewiesenen Diagnosen wäre jedoch das manisch-depressive Irresein nur sub II. *a)* 5. (Periodische Geistesstörung) auszuweisen. In die Rubrik II. *a)* 6. gehört in erster Linie die Dementia praecox (sec. Kraepelin), ferner alle geistigen Schwächezustände nach mit Defekt ausgeheilter Geistesstörung, ferner der Altersschwach- oder Blödsinn. Das »infektiöse Irresein« ist sub II. *c)* 2. (Andere Intoxikationspsychosen), das Collapsdelirium unter II. *a)* 3. (Amentia), die psychopathischen Zustände am zweckmäßigsten unter II. *b)* 2., 3. oder 4. auszuweisen usw.

Im Interesse einer möglichsten Gleichförmigkeit und um allfälligen mißverständlichen Deutungen der oben angeführten, bezüglich der Beobachtungs-Journale geltenden reglementarischen Bestimmungen vorzubeugen, soll nachstehend ein Beispiel der äußeren Form einer Reinschrift eines Beobachtungs-Journales und Gutachtens angeführt werden.

K. u. k. Garnisons-(Truppen-)Spital Nr.......... in ......Abteilung

Prot.-Nr..............................[1])

Beobachtungs-Journal und Gutachten

über den

..........Charge......... (event. Untersuchungs-Gefangenen — Arrestanten — Kerkersträfling) des ....(Truppenkörper — Anstalt etc.)..........

..........(Vor- und Zunamen)..........

welcher zufolge (Erlasses, Verordnung, Befehlsschreibens, Zuschrift etc.) des (Behörde, Kommando etc.) Nr.............. vom .... 19......

am .... l. J. zur Beobachtung seines Geisteszustandes aufgenommen wurde.

Eventuell:[2]) welcher am .... zur Beobachtung seines Geisteszustandes aufgenommen wurde.

Anamnese.[3]) Korporal J. L., geboren in .... in Galizien, ebendahin zuständig, ist 24 Jahre alt, ledig, katholisch und steht im dritten Dienstjahre.

Zufolge der in seiner Heimat gepflogenen Erhebungen soll er früher nie krank gewesen sein, speziell keine Zeichen von Geistesstörung geboten haben und sollen auch in seiner Familie keine Nerven- oder Geisteskrankheiten vorgekommen sein.

Laut Berichtes des Regimentes akquirierte er vor $2^1/_2$ Jahren Luës, war aber sonst stets gesund. Er absolvierte in letzter Zeit einen Kurs beim Trainregiment Nr. ...., von dem er am 29. April l. J. zu seinem Regimente wieder eingerückt ist. Während er früher »nett, verläßlich und aufmerksam« war, vernachlässigte

[1]) Als Protokollnummer wird die fortlaufende Nummer aus dem Zeugnisprotokoll verwendet, in dem letzteren folgendes kurz eingetragen: »Beobachtungs-Journal und Gutachten über den .... des k. u. k. ....« und mit Datum und Unterschrift versehen.

[2]) Wenn ein Befehl oder eine diesbezügliche Zuschrift der Sanitätsanstalt nicht zugekommen ist.

[3]) Es empfiehlt sich, die Beobachtungs-Journale nicht halbbrüchig — wie dies häufig geschieht — sondern in extenso zu schreiben.

er seither sein Äußeres, wurde indolent und mußte wegen Nichtbefolgung von Befehlen wiederholt bestraft werden. Am 11. Mai saß er während des ganzen Nachmittags und Abends in deprimierter Stimmung im Stalle und erklärte, daß er marod sei. Um Mitternacht band er einige Pferde los, um sie, wie er sagte, zu erschießen. In die Baracke gebracht, schlief er ruhig bis zum Morgen. Als ihn der Arzt in der Frühe besuchte, gab er ihm trotz wiederholten Befragens keine Antwort. Er wurde darauf dem obigen Spitale zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben.

Status praesens somaticus. Mittelgroß, mittelkräftig, minder gut genährt, allgemeine Hautdecken und sichtbaren Schleimhäute blaß. Schädel klein, konform, nicht klopfempfindlich, Ohrläppchen angewachsen. Pupillen gleich, übermittelweit, reagieren prompt auf Licht und Akkommodation; Augenbewegungen frei; an den übrigen Hirnnerven keine Störungen nachweisbar. Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit, sowie der Sehnenreflexe; Andeutung von Partellarclonus rechts. Dermographismus.

An den inneren Organen kein krankhafter Befund nachweisbar; Harn frei von pathologischen Bestandteilen.

Beobachtungen.

13. Mai. Wurde gestern abends dem Spitale überbracht, war ruhig, verweigerte jede Auskunft, legte sich ins Bett und schlief bis früh gut. Erweist sich heute bei der Morgenvisite zeitlich und örtlich orientiert, jedoch deutlich verstimmt und zeigt eine schlaffe Haltung. Steht ohne Rock bei seinem Bett, erklärt durch Kopfschütteln, daß er nicht deutsch könne (was den Tatsachen nicht entspricht), sagt dann spontan: »Ich will ärztlich untersucht sein.« Er sei krank, müsse eine Schmierkur gebrauchen, er habe im Jahre 1898 einen Schanker akquiriert, sei im Truppenspitale in .... durch 2 Monate behandelt und dann geheilt entlassen worden. Seither habe er zwei Rezidiven durchgemacht und sei oft marod gewesen.

Gibt alle Antworten leise, oft erst nach mehrmaligem Befragen, blickt ängstlich um sich, ist erregt, weinerlich. Weigert sich ein frisches Hemd anzuziehen und widerstrebt dabei heftig.

14. Mai. Verbrachte den größten Teil des gestrigen Tages im Garten, verkehrte aber nicht mit den anderen Patienten, nahm die Nahrung zu sich und schlief ruhig während der Nacht.

Die auf der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten vorgenommene Untersuchung ergab: Leichte allgemeine Drüsenschwellung, sonst keine Zeichen von Syphilis. Körpergewicht ohne Kleider: 58 *kg*.

15. Mai. Zeigt im allgemeinen das gleiche Verhalten; ist deutlich verstimmt, verkehrt nicht mit seiner Umgebung, spricht mit auffallend leiser Stimme, wobei die Fragen häufig wiederholt werden müssen. Zufolge vom Regimente eingelangten Berichtes akquirierte der Mann vor $2^1/_2$ Jahren Luës, war aber sonst nie erheblich krank; er absolvierte in letzter Zeit beim Trainregimente Nr..... einen Kurs, von dem er am 29. April l. J. einrückte. Bei seiner Rückkehr konnte an ihm eine deutliche Veränderung wahrgenommen werden. Früher »nett, verläßlich und aufmerksam«, ließ er sich nunmehr gehen, vernachlässigte sein Äußeres, wurde indolent und mußte wiederholt wegen Nichtbefolgung von Befehlen bestraft werden. Am 11. Mai saß er den ganzen Nachmittag und Abend in deprimierter Stimmung im Stalle und sagte, daß er marod sei. Nachdem er sich für einige Zeit entfernt hatte, kehrte er gegen Mitternacht in den Stall zurück, band einige Pferde los und erklärte, er wolle sie erschießen. In die Baracke geführt, legte er sich ruhig nieder und schlief bis 7^h morgens; dem ihn besuchenden Arzte gab er trotz wiederholter Befragungen und Zuredens keine Antwort. Seine Sprache sei seit acht Tagen auffallend leise.

16. Mai. Hat während der Nacht gut geschlafen, ist heute freier, ziemlich heiter. Über seine auffällige Verstimmung während der letzten Tage befragt, gibt er keine rechte Auskunft.

17. Mai. Wurde im Verlaufe des heutigen Tages unruhig, klagte über Kopfschmerzen, verlangte auf eine andere Abteilung geführt zu werden, da er eine Schmierkur durchmachen müsse. Das Mittagessen nahm er nicht zu sich, wollte dem Pfleger die Schale nachwerfen, ging fortwährend auf und ab und aß auch abends nicht.

18. Mai. Stand schon um $^1/_2 5^h$ früh auf und ging wieder ruhelos umher. Verlangt bei der Morgenvisite dringend seine Entlassung; er wolle zu seiner Eskadron, in die frische Luft, es sei hier nicht mehr auszuhalten. Lacht mitunter während des Sprechens grundlos und einfältig. Da er immer heftiger hinausdrängt und mit den Pflegern handgemein wird, erfolgt seine Übertragung in die Isolierzelle, wo er sich alsbald beruhigt.

19. Mai. Hat während des gestrigen Tages keine Nahrung zu sich genommen; war während der Nacht zeitweise unruhig und lärmend. Verlangt früh einen »ganzen Ochsen« zum Essen, verweigert aber die Annahme des Frühstückes.

20. Mai. Verhielt sich gestern tagsüber ziemlich ruhig, nahm keinerlei Nahrung zu sich; motiviert dies damit, daß man ihm »keinen ganzen Ochsen« gegeben habe. In der Nacht schlief er gut und nahm in der Frühe spontan sein Frühstück. Versuchsweise auf das gemeinschaftliche Zimmer überlegt, wurde er bald unruhig, warf die Stühle herum, sprach konfuses Zeug und mußte wieder isoliert werden. Harnbefund: Morgenharn sauer reagierend, dunkelgelb gefärbt, klar, spez. Gewicht: 1030. Kein Eiweiß, kein Zucker, kein Aceton, keine Acetessigsäure, dagegen Indikan ziemlich reichlich. Erhielt heute eine Irrigation, welche einen guten Erfolg hatte.

21. Mai. Hat seit gestern 4[h] nachmittags nicht uriniert; war während der Nacht ruhig, verweigert heute früh abermals die Nahrungsaufnahme, liegt zusammengekauert, mit geschlossenen Augen im Bette und ist mit Mühe dazu zu bringen, daß er die Zunge zeigt. Auf Fragen gibt er keine Antwort. Da der Patient seit mehreren Tagen abstiniert und verfällt, wird mit der künstlichen Ernährung begonnen. Körpergewicht: 56 *kg*.

22. Mai. Antwortete am Abend auf die Frage, wie es ihm gehe, unter Lachen: »Ich möchte noch leben!« Mußte katheterisiert werden, wobei eine reichliche Menge konzentrierten Harns entleert wurde. Während der Nacht schlief er nur von 9—2[h] früh. Gibt heute wieder keine Antwort auf die an ihn gestellten Fragen und liegt mit geschlossenen Augen regungslos im Bette. Temperatur: 37·1°.

23. Mai. Verließ heute früh das Bett und urinierte spontan. Im übrigen das gleiche Verhalten.

24. Mai. Observand erhielt gestern eine Irrigation, worauf Stuhl erfolgte. Seit gestern keine Harnentleerung. Wird seit dem 21. künstlich gefüttert. Körpertemperatur dauernd normal. Liegt regungslos im Bette mit geschlossenen Augen, die er beim Versuche, sie zu öffnen, krampfhaft zukneift; reagiert nicht auf Hautreize, wehrt sich nicht gegen die Einführung des Nasenschlauches. Zeigt ausgesprochenen Negativismus, indem er, abgesehen von dem Zukneifen der Augen, der Stummheit etc., auch jedem Versuche einer Lageänderung heftigen Widerstand entgegensetzt.

25. Mai. Stand gestern öfters aus dem Bette auf und wollte in den Garten gehen. Als man ihm die Kleider brachte, weigerte er sich, dieselben anzuziehen. Nahm ein Butterbrot zu sich. Harnentleerung spontan. Körpergewicht: $56^1/_4$ *kg.*

26. Mai. Zog sich gestern an und ging in den Garten; verbrachte die Nacht gut; trank in der Früh ein Glas Milch und versprach, jetzt selbst zu essen.

27. Mai. Hält sich viel im Garten auf, lacht häufig ohne jeden Grund. Nimmt die ihm gereichten Speisen zu sich. Hielt gestern eine Dame, die einen kranken Offizier besuchte, für seine Schwester. Ist erotisch erregt, muß strenge überwacht werden.

29. Mai. Ist wenig zugänglich, beantwortet selten und ungenügend die an ihn gestellten Fragen, zeigt sich aber ziemlich besonnen und bekundet einen seiner Bildung entsprechenden Fond an positivem Wissen. Nahrungsaufnahme genügend, Schlaf gut. Behauptet heute, er sei in gerichtlicher Untersuchung. Warum? »Wegen weiteren Dienens.« Ist zu einer näheren Auskunft nicht zu verhalten.

3. Juni. Verhält sich sehr ruhig und zurückgezogen; spricht mit leiser Stimme und sagt, er werde dienen so lange er lebe, denn die Eltern haben ihm keine Erbschaft hinterlassen. Die Frage, warum er die Nahrungsaufnahme verweigert habe, läßt er unbeantwortet.

8. Juni. Verhält sich andauernd ruhig, verkehrt mit niemandem, gibt häufig keine Antwort, lacht oft grundlos vor sich hin. Speisenaufnahme, Schlaf und sonstige vegetative Funktionen zufriedenstellend. Körpergewicht: 58 *kg.*

14. Juni. Neuerliche Verschlimmerung; verweigert wieder die Nahrung, ist zu sprachlichen Äußerungen nicht zu bewegen; wusch sich gestern das Gesicht mit dem Spülwasser im Kloset.

20. Juni. Mußte in der letzten Zeit durch einige Tage künstlich gefüttert werden, nimmt jetzt die Nahrung wieder spontan zu sich. Geht völlig interesse- und beschäftigungslos herum, lacht zeitweise vor sich hin, gibt auf Fragen keine Antwort. Schlaf genügend.

27. Juni. Spricht noch immer nichts; zeigt deutlichen Negativismus, wenn man beispielsweise den Versuch macht, seine jeweilige Stellung zu ändern, aber auch katatonische Züge, indem er oft durch längere Zeit in irgend einer unbequemen Stellung verharrt, regungslos auf einen Punkt blickt usw. Dabei

nimmt er lebhaften Anteil an den Vorgängen in seiner Umgebung; so lacht er z. B. plötzlich auf, wenn einer seiner Mitpatienten eine unpassende Antwort gibt, oder wenn sich sonst ein komischer Zufall ereignet; er blickt verstohlen aus irgend einem Verstecke nach den Ärzten, um sofort den Blick zu senken, wenn er angesehen wird und verrät überhaupt durch sein Verhalten, daß er alles, was sich um ihn herum abspielt, genau verfolgt. Körpergewicht: 59 *kg*.

29. Juni. Beteiligte sich gestern unaufgefordert an dem Gesange anderer Patienten und unterhielt sich zwanglos mit denselben. Bei der heutigen Morgenvisite sieht er die Ärzte lächelnd an und sagt auf die Frage, wie es ihm gehe: »Gut«.

8. Juli. Ist zwar in den letzten Tagen etwas freier, gibt aber noch immer nur selten eine Antwort und dann mit sehr leiser Stimme. Versteckt sich im Garten mit Vorliebe hinter Strauchwerk, lacht häufig vor sich hin.

20. Juli. Zeigte während der abgelaufenen Zeit im allgemeinen dasselbe Verhalten. Bewarf gestern abends ohne jeden Grund einen Mitpatienten mit seinen Schuhen, lachte dazu, gab aber keine Antwort auf die Frage, warum er dies getan. Vegetative Funktionen in Ordnung, Ernährungszustand gebessert. Körpergewicht: 60½ *kg*.

25. Juli. Spricht noch immer nichts, verkekrt mit niemandem.

3. August. Lachte gestern fortwährend, gab auf Befragen keine Antwort, stand abends öfters aus dem Bette auf, kleidete sich an, versteckte sich am Abort und mußte, da er den Maueranwurf abzukratzen begann, isoliert werden.

23. August. Zeigt noch immer das gleiche Verhalten, sucht mit Vorliebe Verstecke auf, spricht nicht, lacht viel. Körpergewicht: 60 *kg*.

24. August. Wurde heute von seinem Bruder besucht, nahm jedoch keine Notiz von ihm und sprach auch nicht ein Wort, trotzdem sich der Bruder bemühte, ihn zum Sprechen zu bewegen. Dieser deponierte, daß er mit dem Observanden bis zu seiner Einrückung zum Militär zusammen war, ohne etwas Auffallendes an ihm bemerkt zu haben. Auch in der Familie seien keine Geisteskrankheiten vorgekommen.

2. September. Zustand im allgemeinen unverändert. Den heute aus der Heimat eingelangten Erhebungen ist zu entnehmen, daß Observand vor seiner Einrückung zur aktiven Dienstleistung

nie krank war, speziell keine Geistesstörung durchgemacht hat. Auch in seiner Familie sei eine solche nicht vorgekommen.

Hiermit wird das Beobachtungs-Journal geschlossen.

Gutachten.

Korporal J. L. des k. u. k. ....-Regimentes Nr. ... stammt zufolge der beiliegenden Erhebungen aus gesunder Familie, hat vor seiner Einrückung zur aktiven Dienstleistung keine Zeichen von Geistesstörung geboten und bis in die letzte Zeit — er steht gegenwärtig im dritten Dienstjahre — zur Zufriedenheit seinen Dienst verrichtet.

Anfangs Mai l. J. fiel er durch sein verändertes, indolentes Wesen auf und mußte er sogar wegen Nichtbefolgung von Befehlen mehrmals bestraft werden.

Nachdem er den Nachmittag und Abend des 11. Mai in deprimierter Stimmung ohne sich zu beschäftigen im Stalle gesessen war, band er in der Nacht einige Pferde los um sie — wie er sagte — zu erschießen und wurde darauf am folgenden Tage dem Spitale zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben.

Bei seiner Aufnahme zeitlich und örtlich orientiert, verriet er ein scheues, ängstliches Wesen, sprach leise, oft erst nach Wiederholung der Fragen und ließ schon damals Andeutungen von Negativismus erkennen, indem er beispielsweise anfangs jede Auskunft verweigerte, deutsch zu können verneinte, was sich später als unrichtig erwies, und nicht zu bewegen war, ein frisches Hemd anzuziehen.

Im weiteren Verlaufe der Beobachtung trat dieses Symptom immermehr in den Vordergrund: Der Kranke stellte alsbald die Nahrungsaufnahme ein, weshalb er wiederholt künstlich genährt werden mußte, sprach die meiste Zeit nichts (Mutacismus), leistete oft energischen Widerstand, wenn man eine Änderung seiner Stellung oder Lage vornehmen oder ihn zu irgend einer Handlung veranlassen wollte, ja er unterdrückte sogar vorübergehend den Urindrang, so daß er katheterisiert werden mußte.

Daneben bot er ausgesprochene Züge von Katatonie und Stereotypie, indem er oft tagelang mit geschlossenen Augen im Bette lag, dann wieder durch längere Zeit in irgend einer unbequemen Stellung verharrte, auf ein und demselben Flecke stand und vor sich hinstarrte, mit ganz leiser Stimme sprach, zeitweise

ruhelos hin- und herging, immer wieder dieselben Verstecke aufsuchte usw.

Auch die für den vorliegenden Krankheitszustand charakteristischen Erregungszustände mit triebartigen Handlungen konnten wiederholt beobachtet werden.

Der Kranke beschäftigt sich in gar keiner Weise, verkehrt nicht mit seiner Umgebung, lacht sehr häufig ohne jeden Grund, beantwortet keine der an ihn gestellten Fragen und macht den Eindruck fortschreitender Demenz.

Von dem Ergebnisse der körperlichen Untersuchung wären die Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit, sowie der Sehnenreflexe, die auffallend weiten Pupillen und die leichte Erregbarkeit der Hautgefäße (Dermographismus) hervorzuheben.

Auf Grund des Vorstehenden muß erklärt werden, daß Korporal L. an der als »Dementia praecox« bezeichneten Geistesstörung leidet, welche erfahrungsgemäß zu mehr oder minder ausgesprochenem Schwachsinn führt, die weitere Diensttauglichkeit des Mannes dauernd ausschließt und dessen Unterbringung in einer Irrenanstalt dringend notwendig macht.

Datum.

N. N.,
R.-A.

N. N.,
R.-A.

Gesehen!

N. N.,
Spitalskommandant.

Fortsetzung des Beobachtungs-Journales

über den

Korporal des k. u. k. ....-Regimentes Nr. ...

J. L.

12. September. Keine Änderung in dem dementen Verhalten des Kranken. Körpergewicht: 61 *kg*.

20. September. Bietet das Bild fortschreitender Verblödung; nimmt ab und zu den anderen Patienten Nahrungsmittel und Gebrauchsgegenstände weg, ohne sich um das bezügliche Verbot zu kümmern. Ist noch immer stumm, lacht häufig einfältig; vegetative Funktionen in Ordnung.

20. Oktober. Zustand im allgemeinen unverändert.

5. November. Bietet dauernd das gleiche Verhalten.

Wird zufolge Verordnung des k. u. k. ....-Korpskommandos, J.-Nr. 12.711, vom 2. November l. J. der Landesirrenanstalt in .... übergeben. Geht im Wege der Spitäler dahin ab; zunächst transferiert in das Garnisonsspital Nr. ... in ....

........, am 11. November 190..

N. N.,
R.-A.

N. N.,
R.-A.

Gesehen!
N. N.,
Spitalskommandant

Bemerkungen.

A. Zur Anamnese: Mit Rücksicht auf die große Bedeutung, welche gerade in psychiatrischen Fällen der Anamnese zukommt, ist es notwendig, daß dieselbe mit großer Umsicht und möglichst gestützt auf positive Daten verfaßt werde. Es geht daher nicht an, so wie bei anderen Erkrankungen, in der Anamnese einfach die Angaben des Kranken niederzuschreiben und diese eventuell durch Aussagen der Angehörigen oder sonstige Daten zu ergänzen; sie soll vielmehr in klarer und übersichtlicher Weise die für die Beurteilung des konkreten Falles wichtigen Momente enthalten. Zu diesem Zwecke empfiehlt sich folgender Vorgang:

Vor allem muß die Anamnese ein genaues Nationale des Kranken enthalten, damit die Irrenanstalt, die denselben eventuell übernimmt und gewöhnlich nur das Beobachtungs-Journal und Gutachten erhält, diesbezüglich orientiert ist. Auch ist es dringend geboten, den eventuellen Umstand, daß der Kranke verheiratet ist, besonders hervorzuheben, damit im Falle seiner Abgabe an eine Irrenanstalt sofort die für die Versorgung der Frau und der allenfalls vorhandenen Kinder nötigen Schritte eingeleitet werden können.

Die übrigen Daten werden vorerst gesammelt, indem unter dem jeweiligen Datum im Beobachtungs-Journale die Angaben des Kranken selbst, allfällige Mitteilungen der Angehörigen, auszugsweise der Inhalt einlaufender Berichte, eventueller früherer

Krankengeschichten etc. und schließlich das Resultat der in jedem Falle zu pflegenden Erhebungen eingetragen werden.

Wenn auf diese Weise genügendes Material gesammelt wurde, dann erst ist der Moment gekommen, wo man daran gehen kann, die Anamnese in dem oben angeführten Sinne zusammenzustellen, d. h. die wichtigen Momente herauszuheben und sie in klarer und übersichtlicher Weise niederzuschreiben.

Dies setzt voraus, daß man im Beobachtungs-Journale in Buchform (Makulare) unterhalb des Kopfes beiläufig $^3/_4$ Seiten für die später — mitunter erst nach Wochen — zu verfassende Anamnese frei läßt. Sollte dieser Raum einmal ausnahmsweise nicht genügen, dann hilft man sich einfach durch Einkleben eines entsprechend großen Blattes Papier.

Die Frage, wie man sich in Fällen zu verhalten hat, wo mitunter recht umfangreiche gerichtliche oder ehrenrätliche Untersuchungsakten vorliegen, erscheint von nicht geringer Bedeutung.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß die beobachtenden Ärzte bei jedem halbwegs größeren Akte gut tun werden, einen Aktenauszug nach den fortlaufenden Journal-Nummern anzulegen, welcher selbst nach Wochen und auch nach einer eventuell vorzeitig notwendig gewordenen Einsendung des Aktes eine vollkommene Orientierung in dem konkreten Falle gewährleistet. Demgemäß wird es sich mitunter empfehlen, nicht nur anamnestische Daten eingehend zu verzeichnen, sondern besonders auch die Verhörsprotokolle des Inkulpaten etc. genau zu exzerpieren, charakteristische oder wichtige Antworten wörtlich aufzunehmen.

Die beobachtenden Ärzte mögen sich jedoch stets vor Augen halten, daß ein derartiger Aktenauszug nur zu ihrer persönlichen Information dienen und ihnen neben den allgemeinen Gesichtspunkten eine spezielle Richtschnur für die Durchführung der Beobachtung und seinerzeitige Verfassung des Gutachtens geben soll. Es erscheint daher ganz zwecklos, einen Auszug aus den Akten entweder in die Anamnese oder in das Beobachtungs-Journal aufzunehmen; sondern es genügt, in der Anamnese die sich aus dem Akte ergebenden allgemein wichtigen Daten und von dem Gegenstande der Untersuchung nur soviel aufzunehmen, als zur kurzen Darstellung der Tatgeschichte notwendig erscheint.

Dagegen wird es geboten sein, in dem Gutachten alle jene Momente an der Hand des Aktes zusammenzustellen, welche für

die psychiatrische Verwertung und für die Begründung des Gutachtens von Wichtigkeit sind.

Man wird gut tun, den Aktenauszug als solchen in das Beobachtungs-Journal in Buchform einzuheften, weil es nicht selten vorkommt, daß Nachtrags- oder Ergänzungs-Gutachten über einen Fall selbst nach längerer Zeit abzugeben sind; auch können sonstige Möglichkeiten eintreten, bei denen die Kenntnis des seinerzeitigen Untersuchungsergebnisses notwendig ist.

Ich möchte an dieser Stelle besonders darauf aufmerksam machen, in jedem Falle, wo es sich um eine gerichtliche, ehrenrätliche oder sonstige aktenmäßige Untersuchung handelt, die Einsicht in die bezüglichen Akten zu verlangen, wenn dieselben nicht ohnedies schon der Sanitätsanstalt übersendet worden sein sollten.

B. Zum Status praesens somaticus: Anschließend an die Anamnese wird das Resultat der körperlichen Untersuchung verzeichnet. Im Makular-Beobachtungs-Journale genügt hiefür erfahrungsgemäß in den weitaus meisten Fällen der untere, vierte Teil der ersten Seite.

Die Schilderung des psychischen Zustandes ist zweckmäßiger im eigentlichen Beobachtungs-Journale, und zwar am Beginn und dann bei allfälligen Änderungen desselben unter dem betreffenden Datum durchzuführen.

Es ist wohl selbstverständlich, daß bei Geisteskranken im Status praesens somaticus neben der Schilderung des Allgemeinzustandes, des Befundes an den inneren Organen, zu dem immer auch das Ergebnis der Harnanalyse gehört, eine besondere Aufmerksamkeit dem Vorhandensein allfälliger anatomischer Degenerationszeichen der verschiedensten Art zuzuwenden, sowie das Ergebnis einer eingehenden Untersuchung des Nervensystems zu verzeichnen ist.

C. Zum Beobachtungs-Journal: Das eigentliche Beobachtungs-Journal trägt in der Mitte die Überschrift »Beobachtungen« und hat in Form eines Tagebuches alle jene Daten zu enthalten, die einerseits im allgemeinen, andererseits im jeweiligen Falle speziell in Betracht kommen.

Zu den ersteren gehören: Die Schilderung des psychischen Zustandes zur Zeit der Aufnahme, und zwar womöglich nicht in Form von Terminis technicis, sondern in allgemein verständlichen Ausdrücken und unter Anführung konkreter Tatsachen, ebenso

so vergehen bis dahin erfahrungsgemäß 4—6 Wochen, eine lange Zeit, deren möglichste Abkürzung dringend erwünscht wäre, da die Militär-Sanitätsanstalten im allgemeinen nicht für eine längere Unterbringung von Geisteskranken eingerichtet sind. In diesem Falle, wie überhaupt, wenn die Kranken noch durch einige Zeit nach Abgabe des Gutachtens im Spitale verbleiben, ist es dringend geboten, in der »Fortsetzung des Beobachtungs-Journales« ihr weiteres Verhalten zu verzeichnen.

Erfolgt die Abgabe des Geisteskranken an eine Irrenanstalt, dann wird gleichzeitig das Beobachtungs-Journal und Gutachten, sowie die von den beobachtenden Ärzten gefertigte und vom Spitalskommandanten vidierte »Fortsetzung des Beobachtungs-Journales« dahin übersendet, beziehungsweise persönlich übergeben. Es empfiehlt sich, am Schlusse desselben die näheren Daten des Erlasses oder der Verordnung anzuführen, auf Grund welcher die Abgabe an die Irrenanstalt erfolgt, z. B.: »Wird zufolge Erlasses des k. u. k. Reichs-Kriegsministeriums Abt..... Nr...... vom..............19.. (intimiert mit Verordnung des k. u. k. .... Korpskommandos, J.-Nr...., vom............. l. J.) der Irrenanstalt in...............am heutigen (morgigen) Tage übergeben«.

Datum.

Dr. N. N., R.-A. — Dr. N. N., R.-A.

Gesehen!

Dr. N. N., O.-St.-A., Spitalskommandant.

7. Konstatierung zurückgebliebener geistiger Entwicklung, beziehungsweise unzureichender Bildungsfähigkeit.

Im § 39, Punkt 292, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil heißt es diesbezüglich:

»Die Konstatierung zurückgebliebener geistiger Entwicklung und unzureichender Bildungsfähigkeit wird zumeist beim Truppenkörper (Anstalt) durch die Vorgesetzten des zu Beurteilenden im Vereine mit den Truppen- (Anstalts-) Ärzten in verläßlicher Weise möglich sein, insbesondere wenn auch protokollarische Erhebungen im früheren Aufenthaltsorte gepflogen wurden. Die Abgabe von derlei Personen in eine Sanitätsanstalt wird in der Regel nur bei Verdacht auf Simulation oder in gerichtlichen Fällen notwendig sein. Die Entlassung derselben hat im Wege der Überprüfung oder Superarbitrierung, eventuell nach den Bestimmungen der Punkte 5 und 6 des § 57 der Wehrvorschriften II. Teil stattzufinden, wobei es auf die Vorlage eines Beobachtungs-Journales nicht anzukommen hat, sondern die Beibringung der protokollarischen Aussagen und sonstiger, die Dienstuntauglichkeit hinreichend nachweisender Dokumente genügt.«

Diesen Bestimmungen lag offenbar folgende Erwägung zugrunde: In der Armee finden sich ziemlich viel Analphabeten, deren geistiges Niveau ein niedriges ist und die mangels einer Schulbildung über einen sehr geringen Fond an positivem Wissen verfügen. Insolange jedoch derartige Personen geistig normal veranlagt sind, ergeben sich bei der militärischen Ausbildung keine besonderen Schwierigkeiten. Handelt es sich aber bei einzelnen von ihnen um zurückgebliebene geistige Entwicklung oder um ausgesprochenen Schwachsinn, dann wird es sich alsbald herausstellen, daß sie nicht bildungsfähig sind, trotz Einzelnabrichtung und besonderer Mühe keine Fortschritte machen. Diese Bildungsunfähigkeit ergibt aber einen weit besseren Gradmesser, als die in solchen Fällen üblichen Intelligenzprüfungen; denn auch viele geistig normal veranlagte Soldaten dürften mit Rücksicht auf ihr niedriges geistiges Niveau

und den geringen Fond an positivem Wissen bei einer solchen Intelligenzprüfung wenig befriedigen.

Die näheren Details dieser für den Militärarzt höchst wichtigen psychischen Störungen, beziehungsweise Entwicklungshemmungen behalte ich mir für den II. Teil meiner Publikation vor.

Handelt es sich also um die Standesbehandlung eines erwiesenermaßen bildungsunfähigen Soldaten, so wird der betreffende Chefarzt dessen Vorstellung vor die Überprüfungs-, beziehungsweise Superarbitrierungs-Kommission mittels militärärztlichen Zeugnisses beantragen. Im Punkte 2 wäre zu schreiben: »Auffallend zurückgebliebene geistige Entwicklung und Unfähigkeit zu einer militärischen Ausbildung — zufolge der im Punkte 5 ausgewiesenen Beilagen«, im Punkte 3 das Ergebnis der gepflogenen Erhebungen einzutragen und im Punkte 5 wären die Beilagen auszuweisen. Als solche kommen in Betracht: Ein eingehender Bericht seitens der betreffenden Unterabteilung über die Erfolglosigkeit der vorgenommenen Ausbildungsversuche und sonstige an dem Manne wahrgenommene Auffälligkeiten, eventuell ein ärztlicher Bericht über die von ärztlicher Seite gemachten Wahrnehmungen (Ergebnis einer allfälligen Intelligenzprüfung, anatomische Degenerationszeichen usw.) und unbedingt der Akt über die in der Heimat, beziehungsweise in den früheren Aufenthaltsorten des Betreffenden gepflogenen Erhebungen bezüglich seines Geisteszustandes.

Ich möchte darauf hinweisen, daß ein negatives Resultat der letzteren nicht absolut beweisend ist, denn leichtere Grade von Schwachsinn oder Beschränktheit können von Laien sehr leicht übersehen werden, namentlich wenn es sich um Individuen handelt, die in bescheidenen Lebensstellungen gewirkt haben, in denen ihre geistige Unzulänglichkeit wenig oder gar nicht in die Erscheinung getreten ist.

Wird ein Soldat ungeachtet dieser Bestimmungen einer Militär-Sanitätsanstalt zur Konstatierung seines Geisteszustandes wegen zurückgebliebener geistiger Entwicklung, beziehungsweise wegen Bildungsunfähigkeit übergeben — und handelt es sich nicht um den Verdacht auf Simulation oder um einen gerichtlichen Fall —, so wird bei positivem Ergebnisse der Beobachtung in ähnlicher Weise vorzugehen sein, wie soeben beschrieben wurde.

Ich möchte nur besonders darauf aufmerksam machen, daß es im Sinne der oben zitierten reglementarischen Bestimmungen auf die Vorlage eines Beobachtungs-Journales nicht anzukommen hat, sondern daß ein einfacher »ärztlicher Bericht und Gutachten« als Beilage zum militärärztlichen Zeugnisse neben den übrigen Beilagen genügt.

In diesem ärztlichen Berichte und Gutachten sind die wichtigsten Daten (Generalien, Anamnese und Ergebnis der Beobachtung) kurz und bündig zu verzeichnen und ist sich über den Grad der psychischen Störung bei Stellung des entsprechenden Antrages gutächtlich zu äußern.

Von dieser Form des ärztlichen Berichtes und Gutachtens kann überhaupt recht häufig Gebrauch gemacht werden.

Namentlich in jenen Fällen, in denen die Beobachtung ein negatives Resultat ergibt oder wo ein ärztlicher Bericht über das Ergebnis der durchgeführten Beobachtung dem Antrage auf Vorstellung vor die Superarbitrierungs- oder Überprüfungs-Kommission beigelegt werden soll, erscheint diese vorbezeichnete Form nicht nur zulässig, sondern sogar erwünscht; denn sie bedeutet eine wesentliche Erleichterung der Ausfertigung dadurch, daß die Verfassung der Anamnese und das Abschreiben des Beobachtungs-Journales entfällt und sie gewährleistet auch eine für den Leser erfreuliche Kürze.

In gerichtlichen Fällen jedoch, oder wenn die Abgabe eines Geisteskranken an eine Irrenanstalt beantragt wird, aber auch in anderen wichtigen Fällen muß die Vorlage eines Beobachtungs-Journales und Gutachtens erfolgen.

---

8. Antragstellung bezüglich geisteskranker Militärpersonen.

Lautet das Gutachten dahin, daß der Observand geisteskrank oder doch vorübergehend oder dauernd nicht diensttauglich ist, dann muß am Schlusse des Gutachtens der bezügliche Antrag gestellt werden.

Derselbe kann lauten: auf Beurlaubung bis zur Dauer von drei Monaten, auf Vorstellung vor die Überprüfungs- oder Superarbitrierungs-Kommission, auf Abgabe an eine Irrenanstalt, auf Unterbringung in einem Invalidenhaus, auf Entlassung aus dem Heeresverbande.[1])

A. Eine Beurlaubung wird bei Gagisten dann in Frage kommen, wenn nach abgelaufener Geistesstörung eine längere Schonung und Erholung notwendig erscheint.

Aber auch bei bestehender Geistesstörung wird nicht selten der Antrag auf Beurlaubung zu stellen sein. Es kann sich in solchen Fällen entweder um eine heilbare Psychose handeln, wo eine Heilung derselben in einigen Monaten zu erwarten ist (Erschöpfungspsychosen, infektiöses Irresein etc.), oder es können auch unheilbare Formen in Betracht kommen, namentlich dann, wenn es sich um das Anfangsstadium derselben handelt und wenn die Abverlangung eines Reverses noch nicht geboten erscheint.

Bei diesen letzteren Fällen sprechen mehrfache Gründe für den Antrag auf Erteilung eines Urlaubes: Vor allem der Umstand, daß auch bei sonstigen unheilbaren Krankheiten den betreffenden Gagisten nach Möglichkeit ein Urlaub bis zu sechs Monaten bewilligt

---

[1]) Die Übergabe in häusliche Pflege gegen Revers steht laut § 39, Punkt 292, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil den Militär-Sanitätsanstalten zu, ist daher nicht Gegenstand der Antragstellung.

und erst dann die Superarbitrierung eingeleitet wird; ferner die Erwägung, daß die vorzeitige Superarbitrierung oder gar die Behandlung nach § 3, Absatz 2, der Superarbitrierungs-Vorschrift begreiflicherweise einen Kranken, der sich im Beginne einer Geistesstörung befindet und noch recht gut derartige äußere Vorgänge zu erfassen vermag, in eine hochgradige Gemütserregung versetzen muß, wodurch unter Umständen eine erhebliche Verschlimmerung des Zustandes herbeigeführt werden kann. Dies ist umsomehr zu erwarten, als derartige Kranke für gewöhnlich ihr Leiden vielfach verkennen oder zum mindesten unterschätzen, daher eine vorzeitige Beurlaubung mit Wartegebühr oder Pensionierung umso schmerzlicher empfinden würden.

Allerdings wird es notwendig sein, einen derartigen Antrag mit dem § 2, Punkt 7, der »Vorschrift über die Beurlaubung der im Gagebezuge stehenden aktiven Personen des k. u. k. Heeres« (Dienstbuch A—31) in Einklang zu bringen, welcher lautet:

»Aus Gesundheitsrücksichten kann der Urlaub bis zu drei Monaten erbeten werden; es muß jedoch hinsichtlich jener Zeit, welche acht Wochen übersteigt, das ärztliche Zeugnis in Aussicht stellen, daß der Urlaubswerber innerhalb der erbetenen Urlaubszeit die vollständige Diensttauglichkeit erlangen werde.

Die Verlängerung der aus Gesundheitsrücksichten erteilten Urlaube ist bis zur Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn das ärztliche Zeugnis der oben erwähnten Bedingung entspricht. In diese sechs Monate ist auch die Zeit einzurechnen, welche der Betreffende vor dem Urlaubsantritte etwa undienstbar oder im Kalenderjahre des Urlaubsantrittes bereits beurlaubt war.«

Die »Superarbitrierungs-Vorschrift für die Personen des k. u. k. Heeres« (Dienstbuch A—42) schreibt zwar im § 3, Absatz 2, beziehungsweise in § 42 : *b* vor, daß Geisteskranke der Superarbitrierung nicht unterzogen werden, doch möchte ich empfehlen, speziell bei geisteskranken Gagisten, wenn einmal die Frage der Standesbehandlung akut wird, solange es zulässig erscheint, die Superarbitrierung zu beantragen.

Der Grund hiefür ist einerseits durch die Erwägung gegeben, daß es vom Standpunkte der Humanität durchaus angezeigt ist, den Geisteskranken über sein wirkliches Leiden solange als möglich in Unkenntnis zu lassen, was durch die Publizierung der Standesbehandlung nach § 3, Absatz 2, der Superarbitrierungs-Vorschrift gewiß nicht erreicht wird, anderseits läßt sich durch die Superarbitrierung die öffentliche Stigmatisierung des Betreffen[illegible]teskranken, welche die Publizierung der Standes-

behandlung nach § 3, Absatz 2, zur Folge hat und die sehr häufig für den Kranken und noch häufiger für die Angehörigen recht peinlich sein mag, entweder ganz vermeiden oder doch zum mindesten hinausschieben.

Diese Abweichung von der Superarbitrierungs-Vorschrift wird, wenn sie im konkreten Falle entsprechend motiviert wird, kaum erheblichen Schwierigkeiten begegnen. Übrigens werden ab und zu beginnende Geisteskranke unbewußt der Superarbitrierungs-Kommission vorgestellt; speziell wird das Anfangsstadium der progressiven Paralyse mitunter mit Neurasthenie verwechselt und demgemäß auch die Vorstellung solcher »Neurastheniker« vor die Superarbitrierungs-Kommission beantragt.

Selbstverständlich ist die Durchführung der Superarbitrierung ausgeschlossen, wenn der Geisteskranke nicht allein vor der Kommission erscheinen kann.

B. Bei den Personen des Mannschaftsstandes wird eine Beurlaubung wegen Geistesstörung wohl nur in den seltensten Fällen zu beantragen sein.[1]) Ein solcher Antrag erscheint mir eigentlich nur zulässig in Fällen, wo eine Geistesstörung aus der Gruppe des infektiösen Irreseins (sec. Kraepelin — psychische Erkrankungen im Verlaufe oder nach akuten Infektionskrankheiten) vorausgegangen ist. In allen anderen Fällen sollte unbedingt — auch wenn es sich um eine tatsächliche Heilung handelt — die Ausscheidung des Mannes aus dem Heeresverbande beantragt werden; denn in der geistigen Erkrankung des Soldaten liegt wohl ein genügender Beweis dafür, daß die Invalidität oder zum mindesten die geringe Widerstandsfähigkeit seines Gehirns dessen weitere Eignung für den Militärdienst ausschließt. Eine natürliche Folge dieser Auffassung wäre die Bestimmung, daß auch jede vor der Assentierung überstandene Geistesstörung zum Militärdienste untauglich macht, eine Bestimmung, die im Deutschen Reiche schon zu Recht besteht und in dem neuen Entwurfe unseres Dienstbuches N—1 (»Vorschrift für die ärztliche Untersuchung der Wehrpflichtigen«) seitens des Militär-Sanitätskomitees beantragt worden ist.

Demzufolge sollten alle Mannschaftspersonen, welche eine Geistesstörung durchgemacht haben, im Superarbitrierungs-,

[1]) Für länger dienende Unteroffiziere kommen die nachstehenden Erwägungen nur in bedingtem Grade in Betracht; diese sind vielmehr bezüglich Antragstellung mutatis mutandis den Gagisten gleichzuhalten.

beziehungsweise Überprüfungswege ausgeschieden werden. Es würde sich aber auch empfehlen, in allen jenen Fällen, wo die eigentliche Geistesstörung abgelaufen ist, jedoch gewisse Folgezustände (sekundäre Demenz) zurückgeblieben sind, die aber die Einholung eines Reverses nicht notwendig machen, die Superarbitrierung durchzuführen.

Die Begründung hiefür ergibt sich zum Teile auch aus den Bestimmungen des § 42 der Superarbitrierungs-Vorschrift, welcher bezüglich der Geisteskranken folgendes besagt:

»Der Superarbitrierung werden nicht unterzogen:

a) ....

b) Geisteskranke überhaupt (§ 155:2 der Instruktion zur Ausführung der Wehrgesetze).

1. Geisteskranke, deren Leiden während der aktiven Dienstleistung entstanden. Diese sind auf Grund des vom Spitalsleiter bestätigten Beobachtungs-Journales und Gutachtens durch das Militär-Territorialkommando, in dessen Bereich sie zuständig sind, in eine Irrenanstalt, und zwar in die Irrenabteilung des Invalidenhauses in Tyrnau, wenn aber daselbst wegen Raummangels ihre Unterbringung nicht möglich sein sollte, auf die Dauer dieses Umstandes in eine Zivil-Irrenanstalt, wo tunlich in jene ihres Heimatlandes abzugeben und gleichzeitig in den Stand desjenigen Invalidenhauses zu übersetzen, in dessen Bereich sich die betreffende Irrenanstalt befindet. Wenn ihr Zustand jedoch die Abgabe in eine Irrenanstalt nicht erfordert, dieselben auch nicht im Grunde des § 99:*c* der Militär-Versorgungsgesetze den Anspruch auf die Aufnahme in ein Invalidenhaus haben, so sind sie unter Beobachtung der betreffenden Reichs- und Landesgesetze in die Privatpflege zu übergeben und gemäß der Militär-Versorgungsgesetze in den Invaliden-Pensionsstand zu versetzen.

Für die weitere Behandlung aller dieser Personen bleibt der durch das Militär-Territorialkommando einzuholende gerichtliche Ausspruch über den Geisteszustand des betreffenden Mannes in der Art maßgebend, daß diejenigen, über welche eine gerichtliche Kuratel wegen Geisteskrankheit nicht verhängt oder bezüglich welcher wegen Geisteskrankheit, und zwar hinsichtlich Angehöriger der im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder die Fortdauer der väterlichen Gewalt oder der Vormundschaft, hinsichtlich der Angehörigen der Länder der ungarischen Krone eventuell die Verlängerung der Minderjährigkeit nicht ausgesprochen wird, zur Konstatierung ihrer Dienstfähigkeit oder ihrer durch sonstige Gebrechen bedingten Untauglichkeit der Superarbitrierung zu unterziehen sind (§ 40:*f*).[1])

[1]) Der § 40*f* lautet: »Der Zweck der Superarbitrierung im besonderen ist die Beurteilung der Diensttauglichkeit der als geisteskrank in der Militärversorgung stehenden, in einem Militär-Invalidenhause, in einer Irrenanstalt oder in der Privatpflege befindlichen, noch in der Heeresdienstpflicht stehenden Personen in den im § 42:*b*, 1 vorgesehenen Fällen, dann bei ihrer etwaigen Genesung.«

2. Geisteskranke, deren Leiden nicht während der aktiven Dienstleistung — jedoch nach ihrer Einreihung (Instandnahme), bei Einjährig-Freiwilligen nach dem Präsenzdienstantritte — entstand. Diese werden auf Grund der zur Ausführung der Wehrgesetze erlassenen Bestimmungen von den Militär-Territorialkommanden entlassen.

3. Geisteskranke, deren Leiden vor ihrer Einreihung (Instandnahme) — bei Einjährig-Freiwilligen vor dem Präsenzdienstantritte — entstand.

Die Militärentlassung derselben wird in der Ministerialinstanz verfügt.

Zum Zwecke des Austrittes der im vorstehenden unter 2 und 3 bezeichneten Geisteskranken aus der ärarischen Verpflegung und zum Zwecke der Übergabe derselben haben die Militär-Territorialkommanden, wo es nötig sein sollte, mit den betreffenden politischen Behörden das Einvernehmen zu pflegen.«

. . . .

»Wenn in einem der unter *b*, ... genannten Fällen Zweifel darüber bestehen oder entstehen könnten, ob das Gebrechen bereits zur Zeit der Einreihung (Instandnahme) — bei Einjährig-Freiwilligen zur Zeit des Präsenzdienstantrittes — bestanden hat oder nicht, so ist, bevor noch eine weitere Amtshandlung eingeleitet wird, festzustellen, ob das Gebrechen zur bezeichneten Zeit bestanden hat oder nicht.

Wird den unter . . . . *b*:1 erwähnten Personen die Invalidenpension — beziehungsweise eine Militärversorgung überhaupt — zuerkannt, so ist weiter so vorzugehen, wie in jenen Fällen, in welchen diese Zuerkennung über Befund und Antrag einer Superarbitrierungs-Kommission erfolgte.«

Nach dem Wortlaute der soeben zitierten Bestimmungen der Superarbitrierungs-Vorschrift werden ungeachtet dessen, daß »Geisteskranke überhaupt« der Superarbitrierung nicht unterzogen werden, die als geisteskrank in der Militärversorgung stehenden, in einem Militär-Invalidenhause, in einer Irrenanstalt oder in der Privatpflege befindlichen, noch in der Heeresdienstpflicht stehenden Personen zum Zwecke der Beurteilung der Diensttauglichkeit dann der Superarbitrierung unterzogen, wenn über sie eine gerichtliche Kuratel wegen Geisteskrankheit nicht verhängt oder wenn bezüglich ihrer wegen Geisteskrankheit die Fortdauer der väterlichen Gewalt oder der Vormundschaft, beziehungsweise die Verlängerung der Minderjährigkeit nicht ausgesprochen wird.

Dieses negative Resultat der gerichtlichen Untersuchung des Geisteszustandes im Sinne einer Entmündigung wird aber fast ausnahmslos in jenen Fällen zu erwarten sein, wo es sich nicht um eine ausgesprochene Geistesstörung, sondern nur um gewisse geistige Schwächezustände nach Ablauf einer solchen handelt, beziehungsweise, wo sich die zur Zeit der Entlassung aus dem Spitale bestandene Geisteskrankheit bis zum Momente der gerichtlichen Untersuchung des Betreffenden derart gebessert

hat, daß eine Beschränkung der bürgerlichen Rechte desselben nicht mehr geboten erscheint.

Es würde sich daher nach dem gegenwärtigen Stande der Verhältnisse empfehlen, alle Schwachsinnigen (primär und sekundär), sowie alle jene, bei denen voraussichtlich die oben angeführten Bedingungen betreffs der Entmündigung nicht zu erwarten sind, zur Vorstellung vor die Überprüfungs-, beziehungsweise Superarbitrierungs-Kommission zu beantragen, aber auch bei allen Personen des Mannschaftsstandes, mit Ausnahme der länger dienenden Unteroffiziere, wenn sie eine Geistesstörung überstanden haben und nunmehr geheilt sind, mit Rücksicht auf das oben gesagte wegen »Disposition zum Auftreten psychischer Erkrankung« denselben Antrag zu stellen.

Ausgenommen hievon wären unbedingt jene Fälle, die zur Abgabe in eine Irrenanstalt beantragt, sowie jene, die gegen Revers wegen Geistesstörung in häusliche Pflege übergeben werden. In diesen Fällen dürfte übrigens zumeist die Verhängung der Kuratel erfolgen, beziehungsweise die Fortdauer der väterlichen Gewalt oder Vormundschaft, respektive die Verlängerung der Minderjährigkeit ausgesprochen werden, so daß die im § 42:*b*, 1 vorgesehene nachträgliche Vorstellung vor die Superarbitrierungs-Kommission wohl nur in den seltensten Fällen notwendig sein wird.

Es bedarf wohl keiner weiteren Begründung, daß Geistesstörungen auf epileptischer Grundlage bezüglich der Standesbehandlung den übrigen Geistesstörungen gleichzuhalten sind; denn die Bestimmungen des § 42:*c* der Superarbitrierungs-Vorschrift beziehen sich ausdrücklich nur auf die eigentliche Fallsucht.

Was den Antrag auf Abgabe geisteskranker Militärpersonen (Gagisten und Mannschaft) an Irrenanstalten betrifft, so empfiehlt es sich, denselben bei gemeingefährlichen und bei solchen Kranken zu stellen, die entweder einer dauernden ärztlichen Behandlung bedürfen oder aus sonstigen Gründen in die Privatpflege nicht abgegeben werden können.

Der Antrag auf Unterbringung in einem Invalidenhause wird relativ selten in Betracht kommen: zumeist nur bei verblödeten, aber sonst harmlosen und ruhigen Kranken, wenn sie einer besonderen Hilfe und Pflege bedürfen und wenn überdies bei den Personen des Mannschaftsstandes die Bedingungen des

§ 99:*c* des Militärversorgungs-Gesetzes (Dienstbuch K—4 III. Teil) zutreffen.

Die Entlassung aus dem Heeresverbande wird mit Rücksicht auf die dermaligen Vorschriften nur bei Personen des Mannschaftsstandes dann zu beantragen sein, wenn es sich um eine unheilbare Geistesstörung handelt und wenn nachgewiesen ist, daß dieselbe bereits vor der Einreihung bestanden hat.

---

9. Entlassung geisteskranker Militärpersonen aus Militär-Sanitätsanstalten und Übergabe derselben in häusliche Pflege gegen Revers.

Während geisteskranke Zivilpersonen entweder direkte oder nach kurzem — gewöhnlich nur einige Tage währendem — Aufenthalte in einer Beobachtungsstation den Irren-Heilanstalten übergeben werden, bringen es die eigentümlichen Verhältnisse beim Heere mit sich, daß geisteskranke Militärpersonen zumeist längere Zeit in den Militär-Sanitätsanstalten zubringen.

Dieser Umstand, welcher wohl durch besondere Verhältnisse begründet ist, im allgemeinen aber weder als zweckmäßig noch als erwünscht bezeichnet werden kann, macht es zur dringenden Pflicht, sich mit den Modalitäten, unter denen Geisteskranke aus Irrenanstalten entlassen werden können, genau vertraut zu machen. Denn es ergibt sich in Militär-Sanitätsanstalten nicht selten der Fall, Geisteskranke entlassen, beziehungsweise in die Privatpflege übergeben zu müssen, so daß die Kenntnis der betreffenden Reichs- und Landesgesetze unbedingte Notwendigkeit ist.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Übergabe geisteskranker Militärpersonen in häusliche Pflege gegen Revers.

Im Reglement für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil (§ 39, Punkt 292) wird diesbezüglich vorgeschrieben:

»Die Übergabe von Geisteskranken in die häusliche Pflege an die hiezu gesetzlich berufenen Angehörigen oder Vertreter kann seitens der Militär-Sanitätsanstalten gegen vorschriftsmäßig ausgefertigte Reverse unter Berücksichtigung der betreffenden Reichs- und Landesgesetze erfolgen, sobald die Beurteilung des Geisteszustandes in verläßlicher Weise möglich ist.

Zugleich mit der Abgabe in häusliche Pflege ist hievon seitens der Militär-Sanitätsanstalten der Standeskörper des Betreffenden zu verständigen, dem Militär-Territorialkommando die Meldung zu erstatten und der Antrag

wegen weiterer Standesbehandlung zu stellen. Von der Abgabe in häusliche Pflege ist ferner auch die betreffende politische Behörde in Kenntnis zu setzen.«

Von prinzipieller Wichtigkeit ist die Kenntnis der allgemein gültigen Bestimmung, daß den gesetzlich berufenen Angehörigen oder Vertretern Geisteskranker das unbedingte Recht zusteht, zu verlangen, daß ihnen der betreffende Geisteskranke in häusliche Pflege übergeben werde, soferne dagegen nicht gesetzliche Hindernisse obwalten.

Im § 11 der für Privat-Irrenanstalten bestimmten »Verordnung des Ministeriums des Innern im Einvernehmen mit dem Justizministerium vom 14. Mai 1874« (Reichsgesetzblatt für die im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder, XXIV. Stück vom 6. Juni 1874) heißt es wörtlich:

»Auch nicht geheilte Kranke dürfen in der Anstalt nicht länger zurückgehalten werden, wenn deren Entlassung von ihren Angehörigen oder ihren gesetzlichen Vertretern verlangt und wenn bei gemeingefährlichen Kranken ein Revers beigebracht wird, worin die gehörige Überwachung des Kranken außerhalb der Anstalt oder dessen Unterbringung in einer anderen Heilanstalt zugesichert wird.

Der Revers muß von der politischen Bezirksbehörde des Ortes, in welchem sich die Aussteller aufhalten, rücksichtlich der Erfüllbarkeit der darin gemachten Zusicherung bestätigt sein.

Sollte bei gemeingefährlichen Kranken wegen besonderer Verhältnisse die Entlassung notwendig werden, ohne daß ein solcher Revers vorliegt, so ist die Anstalt verpflichtet, den Kranken solange zu behalten, bis die politische Behörde die geeignete Verfügung wegen der künftigen Unterbringung desselben getroffen hat.

Nicht geheilte Kranke dürfen bei ihrer Entlassung nur ihrem gesetzlichen Vertreter oder den von diesem bezeichneten Personen übergeben werden.«

In den öffentlichen Irrenanstalten werden die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung durch die Statuten derselben geregelt, welche der Genehmigung des Ministeriums des Innern unterliegen und im wesentlichen den für die Privat-Irrenanstalten gültigen Bestimmungen entsprechen (§§ 21 und 22, XXIV. Stück, R.-G.-Bl. 71, Verordnung des Ministeriums des Innern etc. vom 14. Mai 1874).

Nach den mir zuteil gewordenen Informationen gilt für die Länder der ungarischen Krone bezüglich der Entlassung von Geisteskranken aus Irrenanstalten neben den Bestimmungen des XIV. ung. Gesetzartikels vom Jahre 1876 die Verordnung des königl. ung. Ministeriums des Innern, Nr. 35.000, vom 4. April 1902, Punkt 14.

Laut dieser Ministerial-Verordnung können geheilte Geisteskranke, sowie solche, die nach der Beobachtung als nicht geisteskrank erkannt worden sind, aus der Anstalt sofort entlassen werden. Geheilte können die Anstalt auch allein verlassen.

Unheilbare nicht gemeingefährliche, mittellose Geisteskranke — mit Ausnahme der in Kriminaluntersuchung befindlichen — kann die zuständige Gemeinde aus der Anstalt auf eigene Verantwortung des Direktors der Irrenanstalt herausnehmen; sie müssen aber von der Gemeinde versorgt werden.

Solche gebesserte und nicht mehr gemeingefährliche Geisteskranke, die nicht durch Verfügung der Behörde, sondern auf Wunsch der Angehörigen aus der Anstalt entfernt werden, können ohneweiters von den Angehörigen übernommen werden.

Unter »Angehörigen« werden verstanden: Verwandte in der Aszendenz und Deszendenz, Seitenverwandte inklusive Geschwisterkinder (Cousins), der Ehegenoß, der gerichtliche Vertreter (Vater oder Vormund), der Adoptierende, der Adoptierte, die Braut oder der Bräutigam.

Solche Geisteskranke, die ohne Verfügung der Behörden in eine Irrenanstalt abgegeben wurden, können, wenn ihr Krankheitszustand unverändert blieb und wenn sie sowohl sich selbst als auch sonst gemeingefährlich sind, nur in dem Falle von Angehörigen übernommen werden, wenn dieselben außer einem Revers, welcher sich auf die Pflege und Aufsicht bezieht, auch nachweisen können, daß dem Kranken eine solche ärztliche Behandlung, Pflege und Aufsicht sichergestellt ist, daß er weder sich, noch seiner Umgebung gefährlich werden kann.

Unter denselben Bedingungen können auch solche auf behördliche Verordnung in einer Anstalt untergebrachte Geisteskranke entlassen werden, wenn sie sich in einem gebesserten Zustande befinden und weder sich, noch sonst gemeingefährlich sind.

Die auf behördliche Verordnung in einer Irrenanstalt untergebrachten Kranken können, wenn der Krankheitszustand unverändert blieb und dieselben noch gemeingefährlich sind, nur dann entlassen werden, wenn außer dem Reverse und der Zusicherung einer gehörigen Pflege und ärztlichen Behandlung diese Kranken noch durch die mit Verordnung des Ministeriums des Innern, Nr. 75.804, vom Jahre 1898 bestimmte Kommission überprüft und für die Entlassung fähig erklärt werden.

Diese Kommission ist, abgesehen von der Konstatierung der Geisteskrankheit, noch zu prüfen berufen, ob die Pflege und die Behandlung eine solche ist, daß sie die Heilung und Pflege sichert und die öffentliche Gesellschaft vor dem Kranken schützt.

Wenn der Geisteskranke durch einen Vertreter eines Angehörigen oder durch einen solchen Angehörigen herausgenommen werden soll, der kein gesetzlicher Vertreter ist, so ist im Sinne des XX. Gesetzartikels vom Jahre 1877 (»über die Regelung der Vormundschafts- und Kuratelangelegenheiten«) auch die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters notwendig.

Der in den Ländern der ungarischen Krone gebräuchliche Revers hat in der Übersetzung ungefähr folgenden Wortlaut:

Revers.

Ich Endesgefertigter erkläre hiermit, daß ich den in der ....(Bezeichnung der Anstalt).......... untergebrachten Geisteskranken ...., der nach der Aussage des Direktors der Anstalt von seiner Geisteskrankheit nicht geheilt ist, welche ....(Charakterisierung derselben bezüglich der Gefährlichkeit).......... auf eigenen Entschluß aus der Anstalt herausnehme und mich verpflichte, den Kranken nicht nur entsprechend zu pflegen, sondern auch unter einer solchen Aufsicht zu halten, daß derselbe weder sich, noch anderen gefährlich werden kann. Zugleich erkläre ich, für jeden durch den Kranken verursachten Schaden zu haften.

Datum. Unterschrift.

(Zustimmende Erklärung des gesetzlichen Vertreters:)

Ich Endesgefertigter erkläre hiermit als gesetzlicher Vormund des in der ....(Bezeichnung der Anstalt).......... untergebrachten Geisteskranken ...., daß ich mit der durch den ....(Name des Herausnehmers).........., Verfassers des Reverses, erfolgenden Herausnahme des geisteskranken .... einverstanden bin.

Datum. Unterschrift.

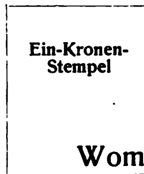
(Behördliches Zeugnis:)

Die gefertigte Behörde nimmt Kenntnis von diesem Reverse und bestätigt amtlich, daß der Übernehmer .... den in dem Reverse ausgesprochenen Bedingungen moralisch und materiell entsprechen kann.

Datum. Unterschrift. Amtliches Siegel.

Für die im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder empfehle ich folgendes Formulare eines Reverses:

Revers.



1. Womit sich der (die) Gefertigte verpflichtet, seinen (ihren) ....(Verwandtschaftsgrad)........ den ....(Charge und Namen)........ des ....(Truppenkörper, Anstalt etc.)........, welcher sich gegenwärtig im Krankenstande des k. u. k. ....-Spitales in................ mit der als .... bezeichneten Geistesstörung befindet, in die eigene Pflege zu übernehmen und denselben, wie immer es sein physischer und psychischer Zustand erfordert, zu pflegen und ihn entsprechend zu überwachen.

Datum. Unterschrift mit Angabe des Charakters und der Adresse.

Unterschrift zweier Zeugen — eventuell notarielle Legalisierung der Unterschrift des Reversausstellers.

2. (Erklärung des behandelnden Arztes bezüglich Krankheitsgrad, Gemeingefährlichkeit und eventueller sonstiger Verhältnisse.)

Z. B.: Der Kranke befindet sich derzeit in einem sehr erregten Zustande, leidet an Verfolgungswahn, ist in hohem Grade gemeingefährlich und bedarf fortgesetzter ärztlicher Behandlung, sowie einer permanenten und genauen Überwachung.

Datum. Unterschrift des behandelnden Arztes.

Eventuell: Vidierungsklausel des Spitalskommandos.

3. (Bestätigung der politischen Behörde [Bezirkshauptmannschaft, magistratisches Bezirksamt], daß der Reversaussteller tatsächlich in der Lage ist, die im Reverse gestellten Bedingungen zu erfüllen.)

Amtssiegel. Datum. Unterschrift.

Es erscheint wichtig, zu betonen, daß im Sinne der vorstehend angeführten gesetzlichen Bestimmungen die Einholung eines Reverses eigentlich nur in jenen Fällen vorgeschrieben ist, in denen es sich um Geisteskranke handelt, welche sich oder ihrer Umgebung gefährlich werden können.

Im § 39, Punkt 292, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil heißt es jedoch, daß die Übergabe von Geisteskranken an die hiezu gesetzlich berufenen Angehörigen oder Vertreter seitens der Militär-Sanitätsanstalten gegen vorschriftsmäßig ausgefertigte Reverse unter Berücksichtigung der betreffenden Reichs- und Landesgesetze erfolgen kann, sobald die Beurteilung des Geisteszustandes in verläßlicher Weise möglich ist.

Um somit diese reglementarische Vorschrift zu erfüllen, wird es geboten sein, in jedem Falle, wo ein Geisteskranker aus einer Militär-Sanitätsanstalt in die häusliche Pflege übergeben werden soll - also auch bei nicht gemeingefährlichen Kranken — einen Revers einzuholen. In diesen letzteren Fällen jedoch — bei nicht gemeingefährlichen Kranken — erscheint mir ein sogenannter einfacher Revers zulässig, in welchem der betreffende Reversaussteller erklärt, daß er den Kranken freiwillig in die Privatpflege übernimmt und sich verpflichtet, für denselben, wie immer es sein physischer und psychischer Zustand erfordert, zu sorgen und ihn entsprechend zu überwachen. Ein solcher mit einem 1-Kronenstempel und der legalisierten Unterschrift des Reversausstellers versehener Revers bedarf der Bestätigung durch die politische Behörde nicht, weil den Reichs- und Landesgesetzen zufolge in einem solchen Falle ein Revers überhaupt nicht nötig ist.

Ich lege auf diese Vereinfachung des Verfahrens in den bezeichneten Fällen deshalb einen großen Wert, weil mitunter bei ganz harmlosen, in jeder Beziehung ungefährlichen Kranken seitens der politischen Behörden bezüglich der Bestätigung des Reverses Schwierigkeiten gemacht werden, offenbar durch die

Vorstellung hervorgerufen, daß nach der im Zivile üblichen Praxis nur bei einem gemeingefährlichen Individuum ein Revers gefordert wird.

Es ereignet sich nicht selten der Fall, daß die Angehörigen geisteskranker Militärpersonen, nachdem deren Abgabe an eine Irrenheilanstalt beantragt worden ist, die Übernahme in häusliche Pflege gegen Revers verlangen. Handelt es sich um nicht gemeingefährliche Kranke, dann ist diesem Verlangen unbedingt Folge zu leisten; aber auch bei erwiesener Gemeingefährlichkeit kann die Übergabe in häusliche Pflege nicht verweigert werden, sobald seitens der Angehörigen der vorgeschriebene legale Revers beigebracht wird. Selbstverständlich wird die betreffende Militär-Sanitätsanstalt in der von dem behandelnden Arzte zu verfassenden Klausel auf die besonderen Umstände (Gemeingefährlichkeit etc.) besonders aufmerksam machen und die entsprechenden Sicherheitsmaßregeln fordern.

Wie überhaupt, so ist namentlich in solchen Fällen unbedingt und sofort dem Militär-Territorialkommando hievon die Meldung zu erstatten, damit die wegen Abgabe des Kranken an eine Irrenanstalt bereits eingeleiteten Schritte wieder rückgängig gemacht werden.

Meines Erachtens ist selbst in jenen Fällen, wo die Abgabe des Kranken an eine Irrenheilanstalt seitens der höheren Kommanden bereits angeordnet wurde und der bezügliche Befehl der Militär-Sanitätsanstalt schon zugekommen ist, dem Wunsche der Angehörigen betreffs Übernahme des Geisteskranken in die häusliche Pflege Rechnung zu tragen, wenn sie die im Gesetze vorgeschriebenen Bedingungen zu erfüllen imstande sind und wenn in einem solchen Falle vorher die Genehmigung seitens des Militär-Territorialkommandos eingeholt wurde.

Im Sinne der im Anfange dieses Kapitels angeführten reglementarischen Bestimmungen ist zugleich mit der Abgabe in häusliche Pflege der Standeskörper des Betreffenden zu verständigen, die politische Behörde in Kenntnis zu setzen und dem Militär-Territorialkommando bei gleichzeitiger Stellung des Antrages wegen weiterer Standesbehandlung die Meldung zu erstatten. Dies geschieht durch Vorlage des mit dem Reverse und den sonstigen Beilagen ausgestatteten Beobachtungs-Journales und Gutachtens, beziehungsweise ärztlichen Berichtes und Gutachtens.

Der Antrag wegen weiterer Standesbehandlung wird sich bei Gagisten auf den Ausspruch beschränken, ob es sich um eine heilbare Psychose handelt oder nicht; bei Personen des Mannschaftsstandes wird in jenen Fällen, wo die Geistesstörung während der aktiven Dienstleistung entstanden ist, die Zuerkennung der Invalidenpension, sonst bei unheilbarer Geisteskrankheit die Ausscheidung aus dem Heere zu beantragen sein.

---

10. Zweck der Beobachtungs-Journale und Gutachten, beziehungsweise der ärztlichen Berichte und Gutachten, Behandlung und weitere Maßnahmen auf Grund derselben.

Wie schon früher ausgeführt wurde, ist über jede einer Sanitätsanstalt zur Beobachtung des Geisteszustandes übergebene Militärperson ein Beobachtungs-Journal anzulegen. Nach geschlossener Beobachtung wird entweder ein »Beobachtungs-Journal und Gutachten« oder ein »ärztlicher Bericht und Gutachten« seitens der beobachtenden Ärzte abgegeben.

Ein solches Dokument hat in erster Linie den Zweck, die Vorgesetzten des Betreffenden, beziehungsweise in Fällen von ehrenrätlicher oder gerichtlicher Untersuchung den Ehrenrat oder das Gericht über dessen Zustand zu informieren, gegebenen Falles auch die Grundlage für die Standes- (ehrenrätliche, gerichtliche) Behandlung abzugeben.

Demgemäß wären die Beobachtungs-Journale und Gutachten oder die ärztlichen Berichte und Gutachten nach Vidierung durch den Spitalskommandanten den bezüglichen Kommanden, Anstalten etc., denen der Betreffende unmittelbar untersteht, beziehungsweise den Gerichten im Dienstwege zur Kenntnis und eventuellen weiteren Verfügung einzusenden. Dies geschieht auch im allgemeinen; nur bei Entlassung eines Geisteskranken aus der Militär-Sanitätsanstalt gegen Revers in häusliche Pflege muß im Sinne der Ausführungen im vorigen Kapitel dem Militär-Territorialkommando unter Vorlage der bezüglichen Dokumente unverweilt die Meldung erstattet werden; desgleichen müssen die Beobachtungs-Journale und Gutachten über geisteskranke Militärpersonen, deren Abgabe an eine Irrenanstalt beantragt wird, dem Militär-Territorialkommando vorgelegt werden. Hier erfolgt die Prüfung derselben durch den Sanitätschef und sodann die Verfügung der notwendigen weiteren Maßnahmen.

Im § 5, Punkt 89, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil wird angeordnet:

»Der Sanitätschef hat die beim Militär-Territorialkommando einlangenden ärztlichen Zeugnisse über kurbedürftige Personen, sowie die Beobachtungs-Journale und Gutachten über geisteskranke Militärpersonen zu prüfen, beziehungsweise zu bestätigen, für die ersteren die Einteilung in die Militärbadeheil- und Trinkkuranstalten und Kurperioden zu entwerfen, bei letzteren eventuell die Anträge auf Unterbringung in Irrenanstalten zu stellen.«

Von prinzipieller Wichtigkeit ist die Frage, ob auch die Beobachtungs-Journale und Gutachten über geisteskranke Personen der Kriegsmarine, der beiden Landwehren etc. der Prüfung durch die Sanitätschefs bei dem der Militär-Sanitätsanstalt vorgesetzten Militär-Territorialkommando zu unterziehen sind, oder ob die Prüfung den betreffenden Sanitäts-Referenten zukommt. Meiner Ansicht nach wären alle psychiatrischen Gutachten über Geisteskranke, die von k. u. k. Militär-Sanitätsanstalten abgegeben werden, durch den eigenen Sanitätschef zu prüfen und erst dann der weiteren Behandlung zuzuführen.

Auf einen Umstand möchte ich besonders aufmerksam machen. Beobachtungs-Journale und Gutachten über Militärpersonen, die sich in gerichtlicher Untersuchung oder in Strafhaft befinden, gelangen im Wege des Platz- oder Militär-Stationskommandos, unter Umständen auch direkt an die betreffenden Gerichte und werden daselbst den Akten beigelegt. Auf diese Weise könnte es vorkommen, daß die am Schlusse des Gutachtens wegen Standesbehandlung des Betreffenden eventuell gestellten Anträge keine weitere Berücksichtigung erfahren, wodurch recht unliebsame Verzögerungen entstünden.

Es empfiehlt sich daher, bei allen gerichtsärztlichen psychiatrischen Gutachten, wenn in denselben der Antrag auf Standesbehandlung der Betreffenden (Vorstellung vor die Überprüfungs- oder Superarbitrierungs-Kommission, Abgabe an eine Irrenheilanstalt, Ausscheidung aus dem Heere) gestellt wird, abgesehen von dem Originale, welches dem Gerichte zukommt, immer auch eine Abschrift desselben, sowie des allfälligen militärärztlichen Zeugnisses an die kompetente Stelle zur Einleitung und Durchführung der Standesbehandlung zu leiten. In diesem Falle wäre jedoch am Schlusse des Gutachtens die Ausfertigung und Übersendung einer Abschrift des Originales an den Standeskörper zu verzeichnen. Lautet der Antrag auf Vorstellung vor die Überprüfungs- oder Superarbitrierungs-Kommission, dann genügt zumeist

eine Abschrift des Gutachtens allein, welches dem Zeugnisse beigelegt wird; in allen anderen Fällen, speziell aber bei der Antragstellung auf Abgabe an eine Irrenanstalt muß eine Abschrift des Beobachtungs-Journales und Gutachtens zur Vorlage kommen.

Was nun die weitere Behandlung der über Geisteskranke abgegebenen Beobachtungs-Journale und Gutachten, beziehungsweise ärztlichen Berichte und Gutachten betrifft, so kommt folgendes in Betracht:

A. Bei Gagisten: Wird ein Gagist nach einer Geistesstörung genesen entlassen, was ohne Urlaubsantrag wohl höchst selten der Fall sein dürfte, so wird das Beobachtungs-Journal und Gutachten oder der ärztliche Bericht und Gutachten dem betreffenden Standeskörper übermittelt, woselbst dessen Asservierung erfolgt.

Bei einem Urlaubsantrage bis zur Dauer von drei Monaten werden die bezüglichen Dokumente den zur Bewilligung des Urlaubes kompetenten Stellen im Dienstwege übermittelt, beziehungsweise vorgelegt.

Bei Anträgen auf Vorstellung vor die Superarbitrierungs-Kommission, auf Abgabe an eine Irrenheilanstalt, desgleichen bei Übergabe geisteskranker Gagisten in die häusliche Pflege gegen Revers werden die Beobachtungs-Journale und Gutachten, beziehungsweise ärztlichen Berichte und Gutachten im Wege des Militär-Territorialkommandos dem k. u. k. Reichs-Kriegsministerium vorgelegt. Dieses ordnet nun entweder die Superarbitrierung oder die Abgabe an eine bestimmte Irrenheilanstalt an und publiziert im Personal-Verordnungsblatte das Ergebnis der Standesbehandlung.

Für gewöhnlich erfolgt auch bei unheilbaren Geisteskranken vorerst deren Beurlaubung mit Wartegebühr und erst nach durchgeführtem Kuratelverfahren die Pensionierung.

Von Wichtigkeit ist hiebei die Kenntnis des § 8:*d* der Beurlaubungsvorschrift, welcher lautet:

»Die Beurlaubung mit Wartegebühr bei Übersetzung in den Urlauberstand kann erfolgen: *d*) in Fällen von Geisteskrankheit, wenn bei einer in den sechsten Monat reichenden Undienstbarkeit die definitive Kuratelsverhängung noch nicht erfolgt ist, auf unbestimmte Dauer. (§§ 3 und 8 der Superarbitrierungsvorschrift für die Personen des k. u. k. Heeres und Bestimmungen zur Durchführung des Militär-Versorgungsgesetzes [Normalverordnungsblatt für das k. u. k. Heer 52. Stück von 1875])« — Dienstbuch A—31.—

B. Bei Personen des Mannschaftsstandes: Beobachtungs-Journale und Gutachten oder ärztliche Berichte und Gutachten, sowie allenfalls dazugehörige militärärztliche Zeugnisse über Personen des Mannschaftsstandes werden, soweit sie Genesung, Beurlaubung, Überprüfung oder Superarbitrierung derselben betreffen, von den Standeskörpern behandelt, beziehungsweise zur Durchführung der Standesbehandlung verwendet.

Die Entlassung in häusliche Pflege gegen Revers ist laut § 39, Punkt 292, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres I. Teil dem Militär-Territorialkommando anzuzeigen, was durch Vorlage des Dokumentes über die durchgeführte ärztliche Beobachtung, welchem der legal ausgefertigte Revers, der Erhebungsakt etc. beizuschließen sind, geschieht.

Wird die Abgabe einer geisteskranken Person des Mannschaftsstandes an eine Irrenanstalt beantragt, so ist immer ein Beobachtungs-Journal und Gutachten, instruiert mit dem Erhebungsakte und eventuellen sonstigen Beilagen unter Anschluß einer Abschrift des Hauptgrundbuchblattes dem Militär-Territorialkommando vorzulegen.

Im Bereiche des k. u. k. 2. Korpskommandos ist die gleichzeitige Vorlage einer Abschrift des Hauptgrundbuchblattes zufolge der Verordnung J.-Nr. 1963 vom 15. Februar 1903 direkte vorgeschrieben; es empfiehlt sich, diesen Modus allgemein einzuführen, weil dadurch wenigstens eine Möglichkeit, die der ehebaldigsten Übergabe des Geisteskranken an eine Irrenheilanstalt hinderlich sein könnte, bestimmt beseitigt wird.

Nach Prüfung des militärärztlichen Antrages und Klausulierung desselben durch den Sanitätschef wird nun beim Militär-Territorialkommando konstatiert, ob der betreffende Geisteskranke auf die ärarische Versorgung Anspruch hat oder nicht; d. h. ob auf Grund des Erhebungsaktes nachgewiesen ist, daß die Geistesstörung während der aktiven Dienstleistung des Mannes, oder während er sich im Genusse einer Invalidenpension oder im Versorgungsstande eines Invalidenhauses befunden hat, entstanden ist oder nicht.

Die darauf Bezug nehmenden Paragraphe des Militär-Versorgungsgesetzes (Gebührenvorschrift für das k. u. k. Heer III. Teil — Dienstbuch *K*—4), und zwar der § 99:*c* und der § 114 wurden bereits im 5. Kapitel angeführt.

In den darin niedergelegten gesetzlichen Bestimmungen ist implicite enthalten, daß solche geisteskranke Mannschaftspersonen, die bei ihren Angehörigen die nötige Pflege finden können, beziehungsweise deren Übergabe an eine Irrenanstalt nicht als notwendig erkannt wird, der häuslichen Pflege zu übergeben sind.

Natürlich werden dieselben, wenn bei ihnen die in den beiden genannten Paragraphen enthaltenen Voraussetzungen zutreffen, dauernd oder zeitlich mit der Invalidenpension beteilt.

[illegible] Militärpersonen in [illegible]

[illegible]

[illegible] Heer

[illegible] Offiziere [illegible] Pension zu

[illegible] Admiralen, Stabs- und [illegible] Beamten die Verpflegung [illegible] nach der zweiten, endlich [illegible] Diätenklasse eingereihten [illegible] nach der dritten Verpflegsklasse, [illegible]

[illegible] zur Beischaffung der Kleider und [illegible] zur Bestreitung sonstiger minderer Bedürfnisse die Pension

und das Erträgnis des etwaigen Privatvermögens nicht ausreicht, für jeden in eine Irrenanstalt abgegebenen Gagisten ein jährliches Pauschalgeld, welches für die nach der ersten Klasse Verpflegten mit achtzig, für die nach der zweiten Klasse Verpflegten mit sechzig, für die nach der dritten Klasse Verpflegten mit vierzig Gulden (Einhundertsechzig, beziehentlich einhundertzwanzig und achtzig Kronen) bemessen ist.

Die Kosten der Verpflegung, wie auch die Auslagen der Transportierung in die Anstalt sind von der Pension und aus dem Erträgnisse des etwaigen Privatvermögens des Geisteskranken zu bestreiten. Reicht die Pension und das etwaige Vermögenserträgnis zur Deckung der Transportauslagen und Verpflegskosten nicht aus, so trägt den Mehraufwand das Ärar.

Nach dem Ableben des Geisteskranken ist auch die Substanz des Vermögens zur Hereinbringung dieser Kosten heranzuziehen, soweit nicht hiedurch die Subsistenz der Familie des Verstorbenen gefährdet wird.«

Wie schon früher bemerkt wurde, trifft das k. u. k. Reichs-Kriegsministerium auf Grund der demselben bekannten Verfügbarkeit von Plätzen in den einzelnen im Kontraktverhältnisse stehenden Irrenanstalten die Einteilung und beauftragt das betreffende Militär-Territorialkommando, in dessen Bereiche sich die antragstellende Militär-Sanitätsanstalt oder der Geisteskranke befindet, mit der Durchführung und Einleitung des gerichtlichen Kuratelverfahrens.

Die Korpsintendanz bearbeitet nun das Geschäftsstück, worauf seitens des Militär-Territorialkommandos die Sanitätsanstalt beauftragt wird, den Geisteskranken im Einvernehmen mit der Direktion der Irrenanstalt gesichert in dieselbe abzugeben, den Tag der Übergabe zu melden, sowie die Abrechnung über die Gebühren des Geisteskranken, eventuell das Pensions-Anweisungsbuch dem Korpskommando vorzulegen.

Gleichzeitig wird von dieser Verfügung die betreffende Irrenanstalt verständigt und ersucht, den Aufnahmstag gleichfalls bekanntzugeben.

Nach Einlangen der Meldung, beziehungsweise der Verständigung über die erfolgte Aufnahme des Geisteskranken in die Irrenanstalt wird seitens des Militär-Territorialkommandos dem k. u. k. Reichs-Kriegsministerium die Meldung erstattet. Dieses ordnet nun die Beurlaubung mit Wartegebühr oder die Übersetzung in den Ruhestand nach § 3, Absatz 2, respektive § 8 der Superarbitrierungsvorschrift (Dienstbuch A — 42) an, wobei überdies der im vorigen Kapitel angeführte § 8 : *d* der Beurlaubungsvorschrift (Dienstbuch A—31) in Betracht kommt.

Wenn auch das Reichs-Kriegsministerium über die verfügbaren Plätze in den in Betracht kommenden Irrenanstalten im allgemeinen orientiert ist, so läßt sich doch das vor der Abgabe des Geisteskranken an die bezeichnete Irrenanstalt zu pflegende Einvernehmen zwischen deren Direktion und der Militär-Sanitätsanstalt kaum umgehen, weil bei der Unterbringung Geisteskranker die Qualität des Leidens in erster Linie eine wichtige Rolle spielt. Namentlich in kleineren Privat-Irrenanstalten kann es nicht selten vorkommen, daß für einen unruhigen, der Isolierung bedürftigen Kranken für den Moment kein Platz vorhanden ist während ein ruhiger Patient anstandslos untergebracht werden könnte; auch kann durch die in solchen Anstalten häufig notwendigen Adaptierungsarbeiten oder durch sonstige Zwischenfälle die Zahl der vorhandenen Plätze für kürzere oder längere Zeit eine Reduktion erfahren.

Abgesehen von dem bereits Angeführten verfügt das Militär-Territorialkommando, daß der Standeskörper (bei Offizieren des Ruhestandes die Evidenzbehörde) behufs Einleitung des Kuratelverfahrens das abschriftliche Hauptgrundbuchblatt vorlegt, über die Vermögensverhältnisse und den letzten Wohnort des Kranken, eventuell bei Verheirateten über die Familienverhältnisse berichtet.

B. Personen des Mannschaftsstandes. Bei konstatiertem Anspruche einer geisteskranken Person des Mannschaftsstandes auf Unterbringung in einer Irrenanstalt auf ärarische Kosten setzt sich das Militär-Territorialkommando mit dem k. u. k. 5. Korpskommando in Pozsony (Preßburg) ins Einvernehmen, respektive fragt an, ob für den betreffenden Geisteskranken in der Irrenabteilung des Militär-Invalidenhaus-Spitales in Nagy-Szombat (Tyrnau) ein Platz vorhanden ist. Erfolgt eine bejahende Antwort, dann erhält die betreffende Sanitätsanstalt den Auftrag, den Kranken in die bezeichnete Militär-Irrenanstalt abzugeben.

Gleichzeitig mit der Abgabe des Kranken ist das Beobachtungs-Journal zu übersenden, wenn dies nicht schon früher geschehen sein sollte. (Erlaß Abteilung 14, Nr. 2546, vom 13. September 1901.)

Ergibt sich der Fall, daß in der Irrenabteilung des Militär-Invalidenhaus-Spitales in Nagy-Szombat (Tyrnau) ein Platz nicht verfügbar ist, dann wird seitens des Militär-Territorialkommandos der Landesausschuß jenes Landes, wohin der Mann heimats-

zuständig ist, hievon verständigt und um Aufnahme des Kranken in die Landes-Irrenanstalt ersucht. Derselbe verbleibt dann auf ärarische Kosten in der Landes-Irrenanstalt, bis für ihn in Nagy-Szombat (Tyrnau) ein Platz frei wird.

Verweigert das Land die Aufnahme, oder ist in der betreffenden Landes-Irrenanstalt kein Platz, so ist unter Vorlage des abschriftlichen Hauptgrundbuchblattes die Entscheidung des Reichs-Kriegsministeriums einzuholen. (Erlaß Abteilung 14, Nr. 776, vom 10. April 1884.)

Wenn sich dagegen bei einer geisteskranken Person des Mannschaftsstandes herausstellt, daß die Erkrankung bereits vor der Einreihung — wenn auch in geringerem Grade — bestanden hat, somit ein Versorgungsanspruch an das Militärärar nicht besteht, so wird der Betreffende auf Kosten seines heimatszuständigen Landes in der Landes-Irrenanstalt untergebracht, zu welchem Zwecke die bezüglichen Verhandlungen mit dem Landesausschusse gepflogen werden.

---

12. Abgabe an die Irrenanstalten.

Wird die Abgabe eines Geisteskranken an eine Irrenan: seitens des Militär-Territorialkommandos angeordnet, so ist die Pflicht der betreffenden Sanitätsanstalt, den Transport rasch als möglich durchzuführen.

Wie bereits im vorigen Kapitel ausgeführt wurde, ist Gagisten vorerst das Einvernehmen mit der betreffenden Ir anstalt zu pflegen, ob gegen die Abgabe des Kranken kein Ansl obwaltet. Bei Personen des Mannschaftsstandes ist dies n nötig, da die bezüglichen Unterhandlungen bereits seitens Militär-Territorialkommandos gepflogen worden sind.

Die Art des Transportes beantragt der behandelnde (Abteilungs-Chefarzt) in dorso der Verordnung, mittels wel die Abgabe an die Irrenanstalt angeordnet wurde, ungefäh folgender Art:

»Zur Kenntnis genommen und mit der Meldung vorgelegt, daß Abgabe des Ingenannten an die bezeichnete Irrenanstalt jederzeit erfo kann. Zur Begleitung werden beantragt: Oberarzt Dr. N. N. oder Assis arztstellvertreter Dr. N. N. und zwei Pfleger, von denen einen die Abtei beistellen kann. Das Beobachtungs-Journal und Gutachten samt Beil wurde ausgehoben und wird mit der Fortsetzung des Beobachtungs-Jour der Irrenanstalt direkt übermittelt werden.«

Das Spitalskommando gibt hierauf — eventuell nach vo gepflogenem Einvernehmen — der übernehmenden Irrenan: Tag und Stunde der Ankunft des Transportes in derse rechtzeitig[1]) bekannt und ordnet schließlich im Spitalskomma befehle die Durchführung des Transportes an.

Die näheren Details, auf welche es bei einem sol anzukommen hat, wurden bereits im 2. Kapitel besprochen.

Wichtig ist, daß der Transportkommandant die Effekten des Kranken genau übernimmt und mit einem Verzeichnis ge Empfangsbestätigung der Anstalt übergibt.

---

[1]) So daß eine eventuelle Absage noch einlangen kann.

Die erfolgte Übergabe des Kranken, der Dokumente, Effekten etc. läßt sich derselbe überdies auf der Marschroute bestätigen.

Zufolge § 115 des Militär-Versorgungsgesetzes (Anhang zur Gebührenvorschrift für das k. u. k. Heer III. Teil, Dienstbuch K—4) sind die Transportkosten von Gagisten selbst zu tragen und im Sinne der in diesem Paragraph enthaltenen Bestimmungen nach geschlossener Abrechnung die bezüglichen Dokumente, Geld etc. dem Militär-Territorialkommando vorzulegen. Desgleichen ist der Tag der Übergabe zu melden.

Gleichzeitig ist der Standeskörper (Chefarzt) von der erfolgten Entlassung des Patienten aus dem Krankenstande in Kenntnis zu setzen (Dienstbuch N—6).

Sollte die Abgabe eines Geisteskranken an die Irrenanstalt infolge eingetretener Transportunfähigkeit oder aus anderen Gründen nicht möglich oder nicht geboten sein, dann ist hievon unverzüglich dem Militär-Territorialkommando die Meldung zu erstatten.

---

13. Kuratelverfahren, Standesbehandlung und darauf bezugnehmende Bestimmungen.

Wenn ein aktiver oder ein mit Wartegebühr beurlaubter Gagist an einer Geistesstörung erkrankt, so ist für denselben zufolge des Erlasses Abt. 9, Nr. 8715, vom 11. November 1894 (Beiblatt Nr. 44 zu dem Verordnungsblatte für das k. u. k. Heer vom 14. November 1894) ein Kamerad zu bestimmen, welcher im wesentlichen die Funktion eines Kurators zu versehen hat. Diese hochwichtige Bestimmung hat folgenden Wortlaut:

»Aus Verhandlungen in Irrsinnsfällen ist das Reichs-Kriegsministerium in Kenntnis gelangt, daß bei Wahrung der persönlichen und Privatinteressen geisteskrank gewordener Militärpersonen ungleich vorgegangen wird.

Nachdem Geisteskranke unter dem besonderen Schutze des Gesetzes stehen und der Punkt 3 des Dienstreglements für das k. u. k. Heer I. Teil die Sorge für das Wohl des Untergebenen als eine der wichtigsten Pflichten jedes Vorgesetzten aufstellt, obliegt es diesen jedenfalls auch für die Erhaltung des Vermögens eines Untergebenen Sorge zu tragen, wenn dieser außer Stand gesetzt wird, dies selbst zu tun.

Nach Punkt 717 des Dienstreglements für das k. u. k. Heer I. Teil ist der Kommandant in gewissen Fällen verpflichtet, bei einem Todesfalle für die schriftliche Aufnahme der Verlassenschaft und die sichere Verwahrung des Nachlasses zu sorgen.

Da Geisteskranke gleich Verstorbenen nicht in der Lage sind, für die Gebarung etc. mit ihrem Vermögen Sorge zu tragen, wird angeordnet, daß in analoger Anwendung obiger Bestimmungen seitens der Kommandanten (Vorstände) in dem Falle als ein Gagist ihres Standeskörpers geistig erkrankt, ein Offizier (Beamter) bestimmt wird, welcher die Gebühren des geistig Erkrankten zu beheben und zu verrechnen, die Inventur des Besitzes (Werteffekten, Uniformen, Wäsche, Pferde etc.) aufzunehmen und den Kranken in Bezug auf die persönlichen Interessen bis zur gerichtlichen Bestellung eines provisorischen, beziehungsweise definitiven Kurators (Sachwalters) zu vertreten hat.«

Die besondere Wichtigkeit dieses Erlasses leuchtet ohneweiters ein und es wäre nur zu wünschen, daß auch bei geisteskranken Gagisten des Ruhestandes ein ähnlicher Vorgang eingehalten würde.

Jedenfalls wird die Militär-Sanitätsanstalt, welcher ein geisteskranker Gagist überbracht wird, durch die Ernennung eines Vertreters der Interessen desselben wesentlich entlastet.

Es empfiehlt sich daher, den Standeskörper sofort um die Nominierung des für den Erkrankten bestimmten Sachwalters zu ersuchen, da die Erfahrung lehrt, daß dies mitunter übersehen wird und weil sehr häufig gerade in der ersten Zeit der Internierung des Kranken eine ganze Reihe finanzieller, administrativer und sonstiger Fragen zu erledigen ist.

Selbstverständlich ist es im gegenseitigen Interesse gelegen, daß sich der Sachwalter im selben Orte befindet. Wenn dies nicht zutrifft, dann muß mit demselben im Wege des vorgesetzten Spitalskommandos verkehrt, eventuell in wichtigen Fällen dessen Delegierung zum Zwecke mündlicher Rücksprache oder sonstiger Maßnahmen auf Grund eines motivierten Einschreitens verlangt werden.

Wie schon früher erwähnt wurde, ordnet das k. u. k. Reichs-Kriegsministerium gleichzeitig mit der Einteilung des Geisteskranken in die Irrenanstalt die Einleitung des Kuratelverfahrens an, worauf das Militär-Territorialkommando an das kompetente Zivilgericht das bezügliche Ersuchen stellt.

Ein darauf bezugnehmender Erlaß des k. u. k. Reichs-Kriegsministeriums Abt. I. Nr. 9262 ex 1889 vom 16. Februar 1890 — ergangen an das 15. Korpskommando — lautet:

»Auf eine gestellte Anfrage über den Vorgang bei Einleitung und Durchführung des Kuratelverfahrens über einen geisteskranken Gagisten findet das Reichs-Kriegsministerium nachstehendes zu eröffnen:

Die Einleitung und Durchführung des Kuratelverfahrens, somit auch die Einholung des gerichtsärztlichen Gutachtens und die Weiterleitung desselben an das zur Kuratelverhängung und zur Ernennung des Kurators kompetente Zivilgericht obliegt jenem Militär-Territorialkommando, in dessen Bereiche sich der betreffende geisteskranke Gagist aufhält, beziehungsweise die Irrenheilanstalt, in welcher sich derselbe in Pflege befindet, gelegen ist.

Auf Grund der von dem obenerwähnten Militär-Territorialkommando zu erstattenden Meldung, daß von dem kompetenten Zivilgerichte die Kuratelverhängung ausgesprochen wurde, verfügt das Reichs-Kriegsministerium ohne jede weitere Antragstellung seitens des Standeskörpers im Sinne des § 3 Absatz 2 der Superarbitrierungs-Vorschrift die Versetzung des betreffenden Gagisten in den Ruhestand.

Während des oft viele Monate in Anspruch nehmenden Kuratelverfahrens, beziehungsweise insolange kein gerichtlich bestellter Kurator vorhanden ist, hat das in Rede stehende Militär-Territorialkommando auch für die Ver-

waltung und Verrechnung der Militärgebühren des betreffenden Gagisten, sowie eventuell auch wegen der Hereinbringung und Begleichung der Heil- und Verpflegskosten in entsprechender Weise vorzusorgen, daher sich in allen derartigen Angelegenheiten an dieses Kommando zu wenden ist.«

Wird jedoch die Kuratel nicht verhängt und befindet sich der Geisteskranke im sechsten Monate seiner Undienstbarkeit, dann erfolgt seine Beurlaubung mit Wartegebühr auf unbestimmte Zeit gemäß § 2 Punkt 8:*d* der Beurlaubungsvorschrift (Dienstbuch A—31).

In ähnlicher Weise holt das Militär-Territorialkommando auch über geisteskranke Personen des Mannschaftsstandes den gerichtlichen Ausspruch bezüglich des Geisteszustandes derselben ein.

Von diesem hängt es im Sinne des § 42:*b*, 1 der Superarbitrierungs-Vorschrift ab, ob ein geisteskranker Mann, welcher während der aktiven Dienstleistung erkrankt ist, zur Konstatierung seiner Dienstfähigkeit der Superarbitrierung unterzogen oder im Invalidenpensionsstand belassen wird.

Nähere Bestimmungen bezüglich Zuerkennung und Dauer der Invalidenpension in Irrsinnsfällen enthält der Erlaß Abt. 9, Nr. 10.407 ex 1897, vom 20. Jänner 1898 (Schulmeister Nr. 3431) — ergangen an alle Militär-Territorialkommanden.

Von prinzipieller Wichtigkeit und allgemeinem Interesse ist der letzte Absatz des soeben zitierten Erlasses, welcher lautet:

»Schließlich wird eröffnet, daß geisteskranke Personen des Mannschaftsstandes, welche der häuslichen Pflege übergeben werden können, insoferne die Wiedererlangung der bürgerlichen Erwerbsfähigkeit nicht zweifellos ausgeschlossen ist, stets vorerst in den zeitlichen Invalidenpensionsstand zu versetzen sind, und zwar entweder auf jene Zeit, so lange sie wegen gerichtlich erhobenen Wahnsinnes unter Kuratel, beziehungsweise Vormundschaft stehen — mindestens jedoch für ein Jahr — oder auf die zufolge Superarbitrierungs-Befundes zuerkannte Dauer.«[1])

Bezüglich geisteskranker Mannschaftspersonen, die nicht während der aktiven Dienstleistung an Geistesstörung erkrankt sind, gelten betreffs der Standesbehandlung nachstehende Bestimmungen der Wehrvorschriften II. Teil (§ 57).

»Punkt 3. Uneingereihte Rekruten und Ersatz-Reservisten, sowie alle bereits eingereihten Personen des Mannschaftsstandes, welche von der Direktion einer Landes- oder einer anderen größeren Irrenanstalt des Inlandes als unheilbar geisteskrank erklärt worden sind, oder über welche wegen Geisteskrankheit die gerichtliche Kuratel verhängt,

---

[1]) Siehe auch K—4, III. Teil, § 116.

oder die Fortdauer der väterlichen Gewalt, beziehungsweise der Vormundschaft,	eventuell die Verlängerung der Minderjährigkeit

ausgesprochen wurde, sind auf Grund der diesfälligen Nachweise, ohne vorherige Überprüfung oder Superarbitrierung aus dem Heere (Kriegsmarine) auszuscheiden. Ausgenommen von dieser Bestimmung sind diejenigen Eingereihten, welche Anspruch auf eine Militärversorgung besitzen.

Punkt 4. Das gleiche Verfahren ist bezüglich des Austrittes solcher uneingereihten Rekruten und Ersatz-Reservisten zu beobachten, bei welchen die Fallsucht (Epilepsie) nach § 92:7, I. Teil, zweifellos nachgewiesen ist....

Punkt 5. Eine Ausscheidung wegen Dienstuntauglichkeit ohne vorherige Überprüfung oder Superarbitrierung in anderen als den in den Punkten 3 und 4 bezeichneten Fällen kann nur ausnahmsweise erfolgen.

Zu diesen Ausnahmsfällen gehört z. B.: wenn bei Geisteskranken nicht die im Punkte 3 gestellten Bedingungen zutreffen; wenn bei Uneingereihten das Vorhandensein der Fallsucht .....

Punkt 6. Der Austritt aus dem Heere (Kriegsmarine) wird verfügt:

a) bei Überprüften und Superarbitrierten von jenem Militär-Territorialkommando, in dessen Bereiche die Überprüfung oder Superarbitrierung erfolgt, und zwar in Ausführung des Überprüfungsbeschlusses (§§ 117 und 119, I. Teil) oder wenn dasselbe den auf »Ausscheiden aus dem Heere (Kriegsmarine)« lautenden Antrag der Superarbitrierungskommission zu bestätigen findet;

b) ....

c) bei Geisteskranken und Fallsüchtigen, wenn mit dem Ausscheiden eine Ersatzleistung nicht verbunden ist, von jenem Militär-Territorialkommando, in dessen Bereiche der Dienstpflichtige heimatsberechtigt (zuständig) ist;

d) ....

e) bei Geisteskranken und Fallsüchtigen, sowie in den im Punkte 5 erwähnten Fällen, wenn mit dem Ausscheiden die Ersatzstellung verbunden ist (§ 135:1, I. Teil) vom Reichs- (gemeinsamen) Kriegsministerium mit Zustimmung des Landesverteidigungs-Ministeriums.«

Bezüglich der Unterbringung geisteskranker Militärpersonen in Irrenanstalten ist die Bestimmung von Wichtigkeit, daß es den Angehörigen und dem Kurator eines Geisteskranken freisteht, denselben in irgend einer Irrenanstalt nach eigener Wahl zu unterbringen, jedoch nur dann, wenn diese auch die Kosten, welche aus dem Vermögen und den Gebühren des Kranken nicht gedeckt werden können, selbst tragen. (Erlaß Abt. 9, Nr. 6194 ex 1889 u. ff.).

14. Über die finanziellen Verhältnisse geiste kranker Militärpersonen und deren Angehörig

Sobald ein Geisteskranker der Militär-Sanitätsanstalt ü geben wird, sind demselben Geld und Geldeswert etc. al nehmen und beim Sanitäts-Abteilungskommando (even Verwaltungsoffizier) zu deponieren (§ 34, P. 139, beziehungsw § 112, P. 383, des Reglements für den Sanitätsdienst des k. Heeres II. Teil).

Von diesem Momente verliert der Kranke das Verfügu recht über das deponierte Geld, sowie über die weiteren für allenfalls einlangenden Gebühren. Dieses steht zwar in e Linie dem von dem Standeskörper zu bestimmenden pi sorischen Sachwalter zu, doch werden die behandelr Ärzte sehr oft in die Lage kommen, für den Kranken finanz Angelegenheiten ordnen, zum mindesten für die laufenden kle Bedürfnisse derselben Sorge tragen zu müssen.

Zu diesem Zwecke entnimmt man aus dem Deposite Kranken gegen Quittung, die womöglich von diesem se gefertigt sein soll, kleinere Beträge von 10—20 Kronen, bestr daraus die laufenden Bedürfnisse, führt darüber ein Kassab und legt dann die Abrechnung dem provisorischen Sachw oder wenn ein solcher nicht nominiert sein sollte, den näch Angehörigen des Kranken vor.

Ist der betreffende Geisteskranke verheiratet, so empfi es sich, wenn nicht ein Sachwalter ernannt ist, der Gattin Behebung der Gebühren (Gage, Wartegebühr, Pension etc.) überlassen und von derselben die Begleichung der Heil- Verpflegskosten, sowie der Auslagen für allfällige Bedürfnisse Kranken einzufordern.

Im übrigen gilt für den Bereich des 2. Korpskomman die Verordnung J.-Nr. 15.639 vom 27. Dezember 1902:

»Es wird aufmerksam gemacht, daß zur Befriedigung von Privatforderungen an Geisteskranke nur das Kuratelgericht oder der entsprechend bevollmächtigte Kurator berechtigt ist.«

Wird der Geisteskranke an eine Irrenanstalt abgegeben, dann ist seitens der Sanitätsanstalt dem Militär-Territorialkommando die Abrechnung über die Gebühren desselben vorzulegen.

Der Kranke verbleibt gemäß § 114 des Versorgungsgesetzes (Anhang zur Gebührenvorschrift III. Teil, K—4) im Fortbezuge der ihm zukommenden Gebühren, welche in erster Linie zur Begleichung der Heil- und Verpflegskosten und des zu erlegenden Pauschales (§ 115 des Versorgungsgesetzes) verwendet werden. Reichen dieselben hiefür nicht aus, so kann auch auf das Erträgnis eines allfällig vorhandenen Vermögens gegriffen und nach dem Ableben des Kranken sogar auch die Substanz desselben zur Hereinbringung der Mehrauslagen herangezogen werden, jedoch nur dann, wenn dadurch die Subsistenz der Familie nicht gefährdet wird.

Den Familien verheirateter, aktiver Offiziere ist das Quartiergeld unbedingt zu belassen, desgleichen der Restbetrag der zur Deckung der Heil-, Verpflegs- und Bekleidungskosten nicht notwendigen sonstigen Gebühren zu erfolgen.

Den Familien sämtlicher Offiziere ist die Sustentation in dem Falle flüssig zu machen, wenn die Gage, Wartegebühr oder Pension zur Deckung der Kosten für den Geisteskranken und der gesetzmäßigen Versorgung für die Familie nicht ausreicht.

Diesbezüglich heißt es im § 120 der Gebührenvorschrift für das k. u. k. Heer I. Teil (Dienstbuch K—4):

»Die Familien der in Zivil-Irrenanstalten oder in der Irrenabteilung des Militär-Invalidenhauses in Tyrnau untergebrachten geisteskranken aktiven (mit Wartegebühr beurlaubten) Personen erhalten zu ihrer Subsistenz während des Aufenthaltes des Geisteskranken daselbst dasjenige, was von den Geldbezügen (Gage, Subsistenzbeitrag, Wartegebühr etc.) der letzteren nach Abzug der Unterhaltskosten für dieselben erübrigt.

Erübrigt nichts, so haben solche Familien auf eine Sustentation in dem gleichen Betrage Anspruch, welcher ihnen beim Ableben des Familienhauptes als Versorgungsgenuß gebühren würde. Erübrigt zwar ein Restbetrag, welcher aber die Höhe des der Familie gesetzlich gebührenden Versorgungsgenusses nicht erreicht, so erhält die Familie zu diesem Restbetrage noch das Superplus auf den Betrag des gesetzlichen Versorgungsgenusses.«

Zu den »Gebühren« des Geisteskranken gehört nur die Geldgebühr, nicht aber auch die Quartier- und Offiziersdiener-

Gebühr; zur Berechnung der Sustentation hat daher auch nur die erstere in Betracht zu kommen. (Erlaß Abt. 11, Nr. 354 ex 1896.)

Hinsichtlich der den Familien irrsinniger, in einer Irrenheilanstalt untergebrachten Militärgagisten zukommenden Ansprüche auf eine Sustentation ist die Bestimmung des Punktes *e* der Durchführungsbestimmungen zum Versorgungsgesetze vom 27. April 1887 (Normal-Verordnungsblatt, 30. Stück, vom 17. September 1887) maßgebend.

Wird der Geisteskranke aus der Irrenanstalt entlassen, so darf selbst in dem Falle, daß derselbe wieder in das aktive Verhältnis rückversetzt wird, eine nachträgliche Hereinbringung des für die Irrenanstalts-Verpflegung allenfalls unbedeckt gebliebenen Restbetrages nicht erfolgen. (Erlaß Abt. 11, Nr. 883, vom 26. März 1872.)

Bezüglich der Personen des Mannschaftsstandes heißt es im § 116 des Versorgungsgesetzes (Gebührenvorschrift für das k. u. k. Heer III. Teil, K—4):

»Für die in Irrenanstalten untergebrachten geisteskranken Unteroffiziere, Soldaten und Matrosen werden die hiedurch erwachsenden Auslagen gegen Einstellung ihrer sonstigen Gebühren vom Ärar bestritten, und zwar für Kadetten nach der zweiten, für die übrigen Unteroffiziere und Soldaten, sowie für die Matrosen nach der dritten Verpflegsklasse.«

---

15. Bestimmungen über den Vorgang zur Wiedererlangung der Diensttauglichkeit bei genesenen Geisteskranken.

Im § 20, Punkt 1, beziehungsweise § 21, erster Absatz, der Superarbitrierungs-Vorschrift heißt es diesbezüglich:

»Die Superarbitrierung von Personen des Ruhestandes und des Verhältnisses außer Dienst findet statt:

wenn es sich bei genesenen Geisteskranken nach Aufhebung der Kuratel um die Konstatierung der wiedererlangten Diensttauglichkeit handelt.«

»In den im § 20, Punkt 1, bezeichneten Fällen liegt die Einleitung der Superarbitrierung jener Evidenzbehörde ob, bei welcher der Betreffende im Stande (in der Evidenz) geführt wird; diese hat daher unter Vorlage des gerichtlichen Bescheides über die Kuratelaufhebung (§ 3) beim Militär-Territorialkommando den Antrag auf die Superarbitrierung zu stellen.«

Bezüglich der Evidenzführung der geisteskranken Gagisten, die in Irrenheilanstalten abgegeben worden sind, bestimmt der Erlaß Abt. 9, Nr. 8222 ex 1882, vom 4. Jänner 1883, daß jedes Invalidenhaus die Evidenz über jene Geisteskranken zu führen hat, die in einer Irrenanstalt des zugewiesenen Bereiches untergebracht sind.

Die in häuslicher Pflege befindlichen geisteskranken Gagisten stehen, je nachdem sie mit Wartegebühr beurlaubt sind oder sich im Ruhestande befinden, bei ihrem Standeskörper und bei der Evidenzbehörde (Platz-, Ergänzungs-Bezirkskommando) oder nur bei der letzteren in Evidenz.

DRUCK VON LEOP. KARAFIAT & KUCHARZ IN BRÜNN.

Militärärztliche Publikationen Nr. 84.

Leitfaden

des Verfahrens bei

Geisteskrankheiten

und

zweifelhaften Geisteszuständen

für

Militärärzte.

Von

Dr. Bruno Drastich,

k. und k. Stabsarzt und Chefarzt der psychiatrischen Abteilung
des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien, ordentl. Mitglied des Militär-Sanitäts-Komitees,
Lehrer an der militärärztlichen Applikationsschule.

II. Spezieller Teil.

WIEN.

VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.

1905.

Leitfaden



des Verfahrens bei

Geisteskrankheiten

und

zweifelhaften Geisteszuständen

für

Militärärzte.

Von

Dr. Bruno Drastich,

k. und k. Stabsarzt und Chefarzt der psychiatrischen Abteilung
des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien, ordentl. Mitglied des Militär-Sanitäts-Komitees,
Lehrer an der militärärztlichen Applikationsschule.

II. Spezieller Teil.

WIEN.

VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.

1905.

Inhalts-Verzeichnis.

Anhang.

II. Spezieller Teil.

1. Einleitung.

Es kann nicht Sache eines jeden Militärarztes sein, Spezialkenntnisse auf dem Gebiete der Psychiatrie zu erwerben und demgemäß über alle möglichen Formen von Geistesstörung im Detail orientiert zu sein; dagegen ist die Forderung durchaus berechtigt, daß jeder Militärarzt die in der Armee häufiger vorkommenden Psychosen und psychopathischen Zustände kennt und bezüglich der allgemeinen Gesichtspunkte, die bei der Beurteilung derselben in Betracht kommen, genügend informiert ist.

Denn abgesehen von ganz vereinzelten Ausnahmen, kommt fast jeder Militärarzt in die Lage, durch viele Jahre den ärztlichen Dienst bei Truppen und Anstalten zu versehen und hat dabei vielfach Gelegenheit, seine psychiatrischen Kenntnisse zu betätigen.

Bei seiner Bestimmung, nicht nur die Interessen des Dienstes, sondern auch das körperliche und geistige Wohl einer jeden Militärperson nach Möglichkeit zu wahren, tritt an ihn sehr oft die Notwendigkeit heran, eine in Entwicklung begriffene oder plötzlich auftretende Geistesstörung wahrzunehmen, die rechtzeitige Erkennung und Ausscheidung Schwachsinniger, Epileptischer usw. zu veranlassen, die Spitalsabgabe behufs Beobachtung zweifelhafter Geisteszustände zu verfügen, allfällige prophylaktische Maßnahmen zur möglichsten Verhütung psychischer Erkrankungen zu treffen etc. und auch mitunter als Sachverständiger zu fungieren, wenn es sich um gerichtliche, ehrenrätliche oder ähnliche Untersuchungen handelt.

Ich erachte es übrigens als eine dringende Notwendigkeit, daß mit dem bisherigen Modus, jeden Militärarzt gelegentlich zur Abgabe eines psychiatrischen Gutachtens zu verhalten,

gebrochen werde und stelle die Forderung auf, daß mit der Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände insbesondere in gerichtlichen und ehrenrätlichen Fällen nur jene Militärärzte betraut werden, die sich die entsprechenden Kenntnisse auf diesem Gebiete erworben haben; denn abgesehen von den mitunter schwerwiegenden Folgen, die nicht selten Ehre, Reputation und selbst die Existenz ganzer Familien betreffen können, zählt dieser Zweig der medizinischen Wissenschaft zu den weitaus schwierigsten und sollte demgemäß nur von solchen Militärärzten vertreten werden, die sich über Spezialkenntnisse auszuweisen vermögen. Im übrigen ist zu erwarten, daß durch die Einführung der neuen Militär-Strafprozeßordnung, und zwar insbesondere durch die in Aussicht stehende Mündlichkeit des Verfahrens, sich alsbald die zwingende Notwendigkeit ergeben wird, mit der Erstattung gerichtsärztlich-psychiatrischer Gutachten nur fachlich geschulte Ärzte zu betrauen.

Diesem dringenden Bedürfnisse wird seitens der Heeresleitung auch bereits dadurch Rechnung getragen, daß alljährlich Militärärzte auf psychiatrische Kliniken kommandiert und dann nach Möglichkeit in den einzelnen Garnisonsspitälern untergebracht werden, so daß wenigstens vorläufig in einigen von diesen psychiatrisch geschulten Militärärzten die Beobachtung und Begutachtung geisteskranker, beziehungsweise einer Geistesstörung verdächtiger Militärpersonen zugewiesen werden kann. Überdies wird seit neuerer Zeit alljährlich ein Militärarzt, nachdem er bereits ein Jahr auf einer psychiatrischen Klinik kommandiert war, dem Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien zugeteilt, wo er während eines weiteren Jahres Gelegenheit hat, sich auf der dortigen Beobachtungsabteilung insbesondere mit forensisch-psychiatrischen Fällen zu befassen und sich mit den dabei in Betracht kommenden speziellen militärischen Verhältnissen eingehend vertraut zu machen. Auch der Umstand, daß er sich noch ein zweites Jahr fast ausschließlich mit psychiatrischen Fällen abgeben und noch weiter mit der Klinik in Fühlung bleiben kann, bedeutet jedenfalls eine erhebliche Förderung seiner speziellen Ausbildung.

Auf diese Weise wird es möglich sein, die schon seit längerer Zeit ins Auge gefaßte Schaffung von Zentralstellen für forensisch-psychiatrische Beobachtungen in der Art durchzuführen, daß womöglich jedes am Sitze eines Korpskommandos

befindliche Garnisonsspital mit einem psychiatrisch geschulten Militärarzte dotiert werde, welchem dann vor allem sämtliche gerichtsärztlich-psychiatrischen Fälle zuzuweisen wären. Zu einer solchen Zentralstelle sollten überdies grundsätzlich die kranken Arrestanten, Epileptiker und sonstigen Nervenkranken, sowie die Fälle zur Konstatierung ohne greifbaren Befund gehören.

Von besonderer Bedeutung erscheint jedoch der Umstand, daß in den Lehrplan der militärärztlichen Applikationsschule in Wien, welche jeder neu eintretende Militärarzt durch ein Jahr frequentieren muß, eine Reihe von — zirka 60 bis 70 — Stunden für den Gegenstand »psychiatrische Diagnostik« aufgenommen sind, welche sich auf 7 bis 8 Monate verteilen und in welchen den jungen Militärärzten, von denen einzelne sich während ihrer medizinischen Studien mit der Psychiatrie nur wenig oder gar nicht befaßt haben, Gelegenheit geboten wird, auch auf diesem für den Militärarzt ungemein wichtigen Gebiete der medizinischen Wissenschaft sich einigermaßen zu orientieren.

Was die beim Militär vorkommenden Psychosen betrifft, so lehrt die Erfahrung, daß im allgemeinen gewisse Arten prävalieren; zieht man jedoch neben der ihrer Dienstpflicht genügenden Mannschaft auch die länger dienenden Unteroffiziere und überdies auch die Offiziere in Betracht, so ergibt sich, daß gelegentlich die verschiedensten Formen von Geistesstörung zur Beobachtung gelangen können. Immerhin erscheint es auffällig, daß trotz der durch die Assentierung bedingten Auswahl von kräftigen und anscheinend gesunden jungen Männern verhältnismäßig viele an Geistesstörung während ihrer aktiven Dienstleistung erkranken; es wäre jedoch gefehlt, dies ohneweiters durch die Eigentümlichkeit des militärischen Dienstes erklären zu wollen; denn es zeigt sich, daß unter den dreijährigen Soldaten am häufigsten angeborener und erworbener Schwachsinn (Imbezillität und Dementia praecox), psychische Degeneration, Neurosen usw. vorkommen, Zustände, die erfahrungsgemäß auf hereditäre Verhältnisse oder zum mindesten auf eine bereits bestandene Disposition zurückzuführen sind.

Andererseits kann aber nicht in Abrede gestellt werden, daß der Militärdienst als solcher eine Reihe von schädigenden Momenten in sich birgt, die bei einem disponierten, weniger widerstandsfähigen Individuum Zustände von vorübergehender oder dauernder Störung seines Geistes hervorrufen können, die

ihm, wenn er nicht zum Militär eingerückt wäre, eventuell hätten erspart bleiben können. Zum mindesten möchte ich behaupten, daß eine große Zahl der beim Militär vorkommenden Selbstmorde, namentlich wenn sie von Rekruten verübt werden, darauf zurückzuführen sein dürften, daß die Betreffenden vermöge der geringen Widerstandsfähigkeit ihres Zentralnervensystems, beziehungsweise gewisser psychischer Defekte und namentlich unter dem Einflusse des auf diese und ähnliche Momente zurückzuführenden Heimwehs nicht die Fähigkeit aufbringen, sich mit den auf sie einstürmenden neuen Eindrücken und nicht unerheblichen Anforderungen, die an sie gestellt werden, abzufinden und demgemäß in ihrer Verzweiflung diesem unerträglichen Zustande ihr Leben zum Opfer bringen. Auch darf nicht übersehen werden, daß derart unglücklich veranlagte Menschen nicht selten den Gegenstand des Spottes und vielfacher Neckereien seitens ihrer Kameraden bilden und in ihrer unbeholfenen, verschüchterten Art schwer darunter leiden, so daß auch auf diese Weise nicht selten Selbstmorde oder Selbstmordversuche zustande kommen können.

Gerade diese Erwägungen zeigen, wie wichtig es ist, daß der Militärarzt namentlich zur Zeit der Rekrutenausbildung nach derartigen kranken oder abnorm veranlagten Individuen Umschau hält, worin er aber durch die Abrichter gewiß in bedeutendem Grade unterstützt werden kann. Denn diesen fallen gewöhnlich zuerst die geistig minder begabten, die zaghaften und scheuen Rekruten auf. Eine eingehende Befragung, vor allem eine gründliche Aufnahme der Anamnese dürfte mitunter wichtige Fingerzeige abgeben, dem oder jenem Manne ein besonderes Augenmerk zu schenken, beziehungsweise ihre ärztliche Beobachtung zu veranlassen und sie dadurch vor dem äußersten zu bewahren!

An dieser Stelle möchte ich die große Wichtigkeit betonen, daß schon bei der Assentierung auf gewisse Eigentümlichkeiten im psychischen Verhalten der Stellungspflichtigen, desgleichen auf allfällige Degenerationszeichen Rücksicht genommen und angeordnet werde, derartige Befunde in den Assentlisten vorzumerken; denn ich gebe zu, daß sich der assentierende Arzt in der kurzen Zeit, die ihm zur Untersuchung jedes Einzelnen zur Verfügung steht, wohl nur selten ein halbwegs sicheres Urteil in zweifelhaften Fällen wird bilden können.

Jedenfalls wäre es auch sehr wünschenswert, wenn schon bei der Stellung seitens der Vertrauensmänner darauf aufmerksam gemacht würde, wenn ein Mann Zeichen psychischer Anomalie bietet, geboten hat, oder gar in einer Irrenanstalt interniert war,*) daß in der Familie Geistesstörungen, Nervenkrankheiten usw. vorgekommen sind, und wenn derartige Angaben bei sonstiger Tauglichkeit des Betreffenden in die Assentlisten aufgenommen würden.

Bei der Einrückung solcher Rekruten zur aktiven Dienstleistung hätte dann der präsentierende Militärarzt leicht die Möglichkeit, auf dieselben aufmerksam zu werden, sie auch in der Folge scharf im Auge zu behalten und bezüglich ihres Vorlebens weitere Erhebungen einzuleiten.

Nicht minder würde es sich empfehlen, daß seitens der Unterabteilungen in den ersten Tagen die eingerückten Rekruten bezüglich überstandener Krankheiten und der Gesundheitsverhältnisse in der Familie befragt werden, wobei das Hauptgewicht auf allfällige psychische und Nervenerkrankungen, Trunksucht, vorgekommene Selbstmorde, Charakteranomalien etc. zu legen wäre. Wenn diese Befragungen durch die bei der Unterabteilung befindlichen Offiziere und einzelne entsprechend unterwiesene Unteroffiziere mit je 8 bis 10 Mann vorgenommen würden, ließe sich die Sache ohne viel Zeitverlust und Mühe durchführen; überdies würden ja verhältnismäßig nur wenige Rekruten mit positiven Daten zu finden sein. Die von diesen gemachten Angaben müßten dann im Wege der politischen Behörden bezüglich ihrer Glaubwürdigkeit, beziehungsweise Tatsächlichkeit überprüft werden, wobei noch genauere Daten eingeholt werden könnten.**)

Dieser Vorgang würde jedenfalls wesentlich dazu beitragen, psychisch minderwertige Elemente unter den Rekruten rasch herauszufinden, und wäre es dann Sache der Militärärzte, auf diese besonders zu achten und bis zum Einlangen der Erhebungen ihre zweckmäßige Überwachung, beziehungsweise Beobachtung zu veranlassen.

---

*) Ich habe bereits im I. Teile meiner Publikation die Notwendigkeit betont, derartige Individuen von Haus aus als waffendienstuntauglich auszuscheiden.

**) Natürlicherweise wären die diesbezüglichen Anträge, beziehungsweise Konzepte seitens der Chefärzte den Kommandanten vorzulegen.

Wenn es auch nicht immer zutrifft, so kommt es doch sehr häufig vor, daß psychisch Degenerierte und sonstige Minderwertige schon in früher Jugend mit dem Strafgesetze in Konflikt geraten, mithin zur Zeit ihrer Einrückung zum Militär manchmal schon mehrfach vorbestraft sind. Auch diesem Umstande wäre eine besondere Beachtung zu schenken und würde es im Interesse der Sache nur zu begrüßen sein, wenn jede Bestrafung eines jungen Mannes, insolange er noch stellungspflichtig ist, seitens der politischen Behörden I. Instanz in den Assentlisten vorgemerkt würde.

Alle diese vorangeführten Momente könnten dem Militärarzte seine Aufgabe wesentlich erleichtern und ihn in die Lage versetzen, alle jene Elemente alsbald herauszufinden, die entweder von Haus aus für den Militärdienst nicht geeignet sind (Schwachsinnige, Epileptiker etc.), oder bei denen zum mindesten der Verdacht besteht, daß sie auf die Dauer den Anforderungen des Dienstes nicht werden genügen können (Hereditarier, Degenerierte etc.). Kämen dann bei einem solchen Manne irgend welche auffälligen Symptome vor, so wäre der Militärarzt bezüglich ihrer Persönlichkeit bereits orientiert und könnte dadurch einer wichtigen Forderung gerecht werden, nämlich rechtzeitig einzuschreiten.

Mir ist aus eigener Erfahrung eine große Reihe von Fällen bekannt, wo Soldaten 1 bis 2 Jahre und darüber aktive Dienste verrichtet haben und vielfach bestraft worden waren, bis endlich ihre abnorme Geistesbeschaffenheit konstatiert wurde!

Namentlich werden die psychisch Degenerierten, aber auch die mit angeborenem und erworbenem Schwachsinn Behafteten häufig verkannt, wegen ihrer vielfachen Vergehen gegen die Subordination, wegen Desertionen etc. immer wieder bestraft, bis sie schließlich in die Hand eines psychiatrisch geschulten Militärarztes gelangen, der ihren krankhaften Zustand erkennt und die Ausscheidung aus dem Heere anregt.

Demgemäß soll der Zweck dieses II., speziellen Teiles meiner Publikation — wie ich dies bereits im Vorworte zum I. Teile angedeutet habe — darin bestehen, die wichtigsten beim Militär vorkommenden Formen von Geistesstörung und psychopathischen Zustände mit besonderer Betonung ihrer forensischen Seite zu besprechen.

Die Einfügung verschiedener Krankengeschichten mit wörtlicher Wiedergabe einiger Gutachten, sowie die Erörterung ein-

zelner spezifisch militärischer, forensischer, oder militärärztlicher Verhältnisse und Fragen glaubte ich im Interesse der Sache nicht unterlassen zu dürfen.

Ein ziemlich eingehendes Schema für die Zustandsuntersuchung mit Anführung der wichtigsten Degenerationszeichen, desgleichen die wörtliche Zitierung der einschlägigen Paragraphe des Militär-Strafgesetzes und der Militär-Strafprozeßordnung mit einzelnen Erklärungen und schließlich die im Anhange verzeichneten Winke bezüglich der Behandlung geisteskranker Militärpersonen sollen den praktischen Bedürfnissen der Herren Kameraden Rechnung tragen.

Ich möchte noch besonders betonen, daß es mir durchaus fern liegt, ein Lehrbuch der Psychiatrie schreiben zu wollen, und fordere dringendst auf, wenn gelegentlich mein Leitfaden zu Rate gezogen wird, immer auch die einschlägigen Kapitel der verschiedenen Lehrbücher der klinischen und gerichtlichen Psychiatrie nachzulesen.*) Ich wollte nur meine Erfahrungen, die ich im Verlaufe von mehr als zehn Jahren in meiner militär-psychiatrischen Tätigkeit im Garnisonsspitale Nr. 1 und beim Militär-Sanitätskomitee gesammelt habe, in den beiden Teilen meiner Publikation niederlegen und sie weiteren Kreisen zur Verfügung stellen.

---

*) Aus Gründen, die ich bereits im I. Teile erörtert habe, möchte ich im Interresse einer möglichsten Einheitlichkeit in der Auffassung und Beurteilung psychisch-abnormer Zustände nachstehende Werke zur gelegentlichen Information, beziehungsweise zum Studium empfehlen:

Kraepelin, »Lehrbuch der Psychiatrie«, siebente Auflage, 1904;

Hoche, »Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie«, 1901;

Pilcz, »Lehrbuch der speziellen Psychiatrie«, 1904; in welchem insbesondere der Standpunkt der Wiener Schule vertreten ist und das sich wegen seiner Kürze und prägnanten Fassung für das praktische Bedürfnis besonders eignet.

2. Schema für die Aufnahme des Status praesens somaticus und psychicus. — Degenerationszeichen. — Die einschlägigen Paragraphe der Militär-Strafprozeßordnung und des Militär-Strafgesetzes.

Ein Umstand, der in den Beobachtungsjournalen häufig übersehen wird, ist die Aufnahme eines genauen Status praesens somaticus und psychicus. Indem ich mich auf die bezüglichen Bemerkungen im 6. Kapitel des I. Teiles berufe, denen zufolge im Status praesens somaticus nur das Ergebnis der körperlichen und der sonstigen damit zusammenhängenden Untersuchungen aufgenommen, während die Beschreibung des psychischen Zustandes im eigentlichen Beobachtungsjournale verzeichnet werden soll, führe ich zur Unterstützung bei der Aufnahme des Status praesens nachstehendes Schema an:

A. Status praesens somaticus.*)

1. Allgemeine Untersuchung: Knochenbau, Zeichen von Rhachitis, Knochenauftreibungen, Wachstumsstörungen, Form des Thorax, Muskulatur, Unterhautzellgewebe, Abmagerung, Körpergewicht, Temperatur.

Haut: Feuchtigkeitsgrad, Blässe, Kongestion, Zyanose, Argyrie, Ikterus, Venenektasien, Exantheme, Ödeme, Narben, Hautblutungen etc. — Schleimhäute. — Schweißsekretion (Hyperidrosis, Anidrosis, Hemidrosis).

Schilddrüse: (Atrophie, Hypertrophie, Zystenbildung.)

Innere Untersuchung: Herz, Lunge, Abdominalorgane, speziell Herzaktion in der Ruhe und nach stärkerer Bewegung. — Beschaffenheit des Pulses hiebei (Erbensches Phänomen — Verlangsamung der Herzaktion beim Vorwärtsbeugen).

*) Ich mache aufmerksam, daß laut Vorschrift Termini technici möglichst vermieden und so weit es geht, auch dem Laien verständliche Ausdrücke gebraucht werden sollen.

Harnuntersuchung auf: Eiweiß, Zucker, Azeton, Indikan, Harnsäure.

2. Untersuchung des Nervensystems: Form des Schädels, Degenerationszeichen an diesem, Zähnen, Gaumen, Ohren etc. laut der weiter unten folgenden Zusammenstellung, genaue Beschreibung allfälliger Narben, Knochendepressionen und Knochenauftreibungen; Klopf- und Druckempfindlichkeit des Kraniums (diffus oder zirkumskript).

Augenuntersuchung: Sehvermögen, Fundus, Gesichtsfeld (für weiß und Farben — Hemianopsie); Augenbewegungen (Schielen, Paresen, Lähmungen); Doppelbilder (Art, Stellung, gleichnamig oder ungleichnamig); Nystagmus — Exophthalmus (Gräfesches, Stellwagsches Symptom); Lidschluß (vollständig oder unvollständig, Ptosis); differente Lidspalten. — Vibrieren der geschlossenen Lider.

Pupillen: Größe (absolut und vergleichend), regelmäßig oder unregelmäßig, entrundet, Synechien, Licht-, akkommodative und sympathische Reaktion, Hippus (Springen der Pupillen).

Gehör: Prüfung der Hörweite für Flüstersprache, Kopfknochenleitung, Weber'- und Rinne'scher Versuch, Ohrenspiegelbefund — Nebengeräusche.

Geschmack: Prüfung mit Zucker, Essig, Chinin und Kochsalzlösung sowohl der vorderen Zweidrittel, als auch des hinteren Drittels jeder Zungenhälfte.

Geruch: Prüfung jeder Seite getrennt mit stark riechenden Stoffen; demnach: Anosmie, halbseitige Anosmie, Parosmie.

Sprache: (Aphonie, dysarthrische Sprachstörung, bulbäre Sprache, motorische Aphasie, Paraphasie, Bradyphasie, Skansion, Stottern, Silbenstolpern etc.) Sprachverständnis, Sprachkontrolle, Nachsprechen.

Schrift: (Agraphie, Paragraphie, Auslassen von Buchstaben, Silben und Worten, Verstellungen, Wiederholungen, ausfahrende, zittrige Schrift, Verschnörkelungen etc.)

Lesen: (Alexie, Paralexie.)

Schlingakt: Verschlucken.

Prüfung der Sensibilität des Gesichtes (halbseitige Hyper-, Hyp- An-ästhesie oder Algesie), Druckempfindlichkeit der Austrittsstellen des Trigeminus.

Korneal-, Gaumen- und Rachenreflex.

Facialisinnervation beim Zähnezeigen, Pfeifen, Lachen, Stirnrunzeln, Augenschluß (gleiche Ausprägung der Nasolabialfalte, gleichmäßige oder ungleichmäßige Innervation, Parese, Lähmung), eventuell elektrische Untersuchung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit des N. facialis; unwillkürliches Facialisspiel, Tic convulsif, Zittern der mimischen Gesichtsmuskulatur, Grimmassieren, Chvosteksches Phänomen.

Zunge: Beweglichkeit nach vorne und nach beiden Seiten, Atrophie der ganzen Zunge oder einer Zungenhälfte, Zittern, Zungennarben.

Hals und Stamm: Lähmungs- oder Reizerscheinungen (Akcessoriuskrampf); Atrophie, Hypertrophie, Dystrophie der Muskulatur; Druckempfindlichkeit, speziell in der Mammillargegend, in den Hypochondrien, Ovarie; Klopf- und Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule (diffus oder zirkumskript), Vorstehen eines oder mehrerer Wirbel (Gibbus, Kyphose), Verkrümmungen der Wirbelsäule; Sensibilitätsprüfung, besonders in der Mammillargegend; Dermographie; Bauchdecken- und Kremasterreflex (gesteigert, herabgesetzt, different, auf einer Seite fehlend).

Obere Extremitäten: Grobe Kraft, Widerstandsbewegungen, motorische Schwächezustände (Paresen, Lähmungen); Handstellungen (Radialis-, Ulnaris-, Medianus-Lähmung oder Parese); Muskeltonus (Hypotonie, Spasmen); aktive und passive Beweglichkeit in den Gelenken, Kontrakturen, Umfangsdifferenz Hypertrophie, Atrophie, Pseudohypertrophie); fibrilläre oder faszikuläre Zuckungen; motorische Reizerscheinungen (klonische, tonische, tetanische Krämpfe, Konvulsionen, Tetanie, Chorea, Athetose, Paralysis agitans, Mitbewegungen, Zwangsbewegungen); Katalepsie; Zittern der ausgestreckten Finger, habituelles Zittern, Intentionszittern; Ataxie; mechanische Muskelerregbarkeit, eventuell elektrische Untersuchung (quantitative Veränderungen: Steigerung oder Herabsetzung für den faradischen oder galvanischen Strom; qualitative Veränderungen: partielle oder komplette Entartungsreaktion); Druckempfindlichkeit der Nervenstämme; Prüfung des Radius-, Periost-, Bizeps- und Trizeps-Reflexes auslösbar oder nicht, lebhaft, gesteigert, different); Sensibilitätsprüfung (für Tast-, Schmerz- und Temperaturreize); Stereognose; tiefe Sensibilität (Muskelsinn, Lagewahrnehmung).

Untere Extremitäten: Im allgemeinen gleich der Untersuchung der oberen Extremitäten. — Gangstörungen (spastisch,

paretisch, spastisch-paretisch, ataktisch, Steppergang); Rombergsches Symptom (Schwanken bei geschlossenen Augen); Prüfung des Kniesehnen- (Westphalsches Symptom) und Achillessehnen-, des Fußsohlenstreich- (Plantar-) Reflexes, des Großzehenstreckreflexes (Babinskisches Symptom) etc.

B. Status praesens psychicus.

1. Allgemeiner Eindruck.

a) Bewußtseinszustand: (Sensorium frei, getrübt, benommen; Sopor, Koma, Bewußtlosigkeit; psychischer Ausnahmszustand (Dämmerzustand etc.); Fixierbarkeit.

b) Spontanes Gebaren: Körperhaltung, Gesichtszüge, Gebärden und Mimik.

Spezielles Verhalten: Psychomotorische Erregung oder Hemmung, Sperrung*) Unstetheit (der Hysterischen); Unruhe (der Deliranten); im übrigen: situationsgemäß, apathisch, interesselos für die Umgebung, neugierig, lebhaft; emotives, bizarres Verhalten, prahlerisches Auftreten, absonderlicher Aufputz der Kleidung, heiter, selbstgefällig, aggressiv, exzessiv etc.;

oder: ablehnend, negativistisch, ratlos, willenlos, weinerlich verstimmt; Angstaffekt, beten, knien, grimmassieren, stereotypieren, Attituden etc.

Reaktion auf allfällige Halluzinationen: Horchen, plötzliches unmotiviertes Lachen usw.

c) Spontane Äußerungen: Ruhiges, geordnetes Sprechen, Ideenflucht, Verwirrtheit, zerfahrener, eingeengter Gedankengang, Selbstgespräche, schwulstige, phrasenreiche Sprache, Konfabulieren, Wortneubildungen, Klangassoziationen, Äußerungen von Sinnestäuschungen und Wahnideen, Verbigeration, Perseveration beim Sprechen etc.

2. Examen: Einzuleiten durch Fragen bezüglich: Generalien, Heredität, überstandene Krankheiten, speziell Infektions- und erschöpfende Krankheiten, Fraisen, nächtliches Bettnässen in der Kindheit, Verletzungen, speziell Schädeltraumen mit Gehirnerschütterung, venerische Infektionen, besonders Luës, Alkohol-

---

*) Bei der Dementia praecox.

und Nikotinmißbrauch, Schulbildung, Beschäftigung, Konflikte mit den Behörden, Strafen, Anlaß der Internierung; bei Verheirateten: Zahl der Kinder, Gesundheitszustand derselben, Abortus; bei Frauen: Menses, Geburten.

Sexuelle Betätigung: Erwachen des Geschlechtstriebes, Art der Befriedigung desselben, Masturbation, sexuelle Verirrungen.

Eingehen auf die speziellen, durch Parere oder sonstige Mitteilungen bekannt gewordenen Daten.

Auf Grund des Examens, sowie des allgemeinen Eindruckes sind zu beurteilen:

a) Allgemeine Auffassung: der Lage und Orientierung bezüglich Zeit, Ort und Umgebung, Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht (psychisch und somatisch), Einsicht für den Grund der Internierung.

b) Stimmung und Affektäußerungen. Stimmungslosigkeit, Apathie, Depression, Angstzustände; Heitere oder weinerliche Verstimmung; Stimmungslabilität, Reizbarkeit; Euphorie; explosive Stimmung. Kongruenz oder Inkongruenz zwischen Vorstellungsinhalt und Affektäußerung; auffallendere Gefühlsäußerungen, wie Haß, religiöse Schwärmerei, besondere Lust- und Unlustgefühle; sexuelle Empfindungen.

c) Besonnenheit, Auffassung und Verarbeitung von Sinneseindrücken, Vorstellungsablauf, Fixierbarkeit und Ermüdbarkeit; abrupter, inkohärenter Gedankengang etc.

d) Verstandestätigkeit, Verwertung von Begriffen, logische Schlußfolgerungen, Urteils- und Kritikfähigkeit.

Intelligenzprüfung mit Rücksicht auf Erziehung und Bildung:

Schriftproben spontan und nach Diktat, Leseproben mit darauffolgender Inhaltsangabe, Kopfrechnen (kleines und großes Einmaleins, speziell Subtraktionen, Beispiele mit einer Unbekannten, Prozentrechnungen). Mechanische Reproduktion des Gelernten: Reihenfolge der Monate und Wochentage, Zahl der Monate, Wochen, Tage, Stunden, Minuten, Sakramente, Gebete, Lieder, Erdteile, Himmelsrichtungen, metrisches System (Längen-, Flächen-, Hohlmaße und Gewichte), geographische Kenntnisse (Staaten, Hauptstädte, Flüsse, Gebirge), naturwissenschaftliche Grundbegriffe (Fichte, Tanne, Getreide usw.), physikalische Fragen (Thermometer, Barometer, Dampf, Elektrizität), geschichtliche Daten, einfache soziale und Zeitfragen (Sozialdemokratie, Klerikalismus, jüngste

Ereignisse) etc. Verstandesfragen: Kapital, Steuern, Sparkassa, Gericht, Rechtsprechung, Volksvertretung, Standrecht, Wehrpflicht etc. Ethische Begriffe: Pflichten gegen Eltern, Dankbarkeit, Mitleid, Reue, Nächstenliebe, Ehre, Treue, Gewissen, Eigentumsbegriff, Eid, Lüge usw.

e) Suggestibilität und Reaktion auf Aufforderungen und Befehle (Befehlsautomatie, Flexibilitas cerea, Katalepsie, Negativismus, Echopraxie, Echolalie).

f) Gedächtnis für das Vergangene, Erinnerungsfälschungen, Amnesie für eine bestimmte Zeit, summarische Erinnerung.

g) Merkfähigkeit für neuen Erwerb.

h) Sinnestäuschungen der verschiedenen Sinne; Art und Inhalt derselben, Häufigkeit, Lebhaftigkeit; Illusionen. Verwertung der Halluzinationen, Reaktion auf dieselben; Korrektur.

i) Wahnideen: Beachtungs-, Beziehungs-, Verfolgungs-, Größen-, Eifersuchts-, Versündigungs-, hypochondrische, nihilistische, Querulanten-Ideen. — Majestätsdelirien und Gottnomenklatur. — Reaktion auf die Wahnideen (Selbstanklagen, Querelen, Nahrungsverweigerung, Angriffe auf die Umgebung etc.). Charakter der Wahnideen (flüchtig, vage, systemisiert, phantastisch, dement), — Dissimulation.

Anhang: Überwertige Ideen.

3. **Fremdenanamnese** (aufzunehmen mit Angehörigen und Bekannten).

4. Weitere Beobachtung.

a) Dauerndes Verhalten: Situationsgemäß, Fügen in die Internierung, Fortdrängen, Verkehr mit den Mitkranken, Drang nach Beschäftigung, Lebhaftigkeit, Zerstreutheit, Stupor etc.

b) Triebe und Handlungen: Sucht nach Morphin, Alkohol usw., Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, Sammelsucht, Selbstmordtrieb, sexueller Trieb (Masturbation).

c) Verlauf: Fortschreitende intellektuelle Abschwächung, Besserungen, Verschlechterungen, Remissionen, Korrektur von Wahnideen.

d) Beurteilung von Schriftstücken und Briefen.

e) Vegetative Funktionen: Schlaf, Nahrungsaufnahme, Verdauung, Unreinlichkeit, Schmieren mit Kot, Störungen der Urin- und Stuhlentleerung, Dekubitus, Körpergewicht etc.

Auch der Konstatierung, ob ein bezüglich seines Geisteszustandes zu untersuchendes Individuum sogenannte Degenerationszeichen (Stigmata degenerationis) aufweist oder nicht, wird im allgemeinen weniger Beachtung geschenkt; jedoch mit Unrecht, denn der Nachweis derartiger Degenerationszeichen ist mitunter von großer Wichtigkeit und nicht selten ein wertvoller, unterstützender, objektiver Befund in Fällen abnormer psychischer Veranlagung oder Verfassung, wo der Laie mit Rücksicht auf die sonstigen Umstände leicht zu einer weniger rigorosen Beurteilung geneigt sein könnte.

Dieselben werden in somatische und psychische unterschieden, doch gebührt den letzteren eine weitaus größere Bedeutung.

Zu den ersteren gehören: Abnorme Schädelbildungen (extreme Dolicho- und Brachyzephalie, Oxy-, Skapho-, Makro- und Mikrozephalie); Assymmetrien des Kranium durch starke blasige Vorwölbung eines Seitenwandbeins oder in der Diagonale; stärkere Prominenz eines Tuber frontale oder parietale; seitliche Hinterhauptsprotuberanz; Pfeilnahtkamm (Verdickung und Vorspringen der Pfeilnaht); stärkere Knochendepressionen im Verlaufe der Pfeilnaht); Hinterhauptsstufe; aufgetriebene Orbitalränder. Starke Epignathie oder Prognathie (bedeutendes Vorstehen der oberen Zahnreihe über die untere oder umgekehrt bei Kieferschluß), unregelmäßige Zahnstellungen: weiter Abstand der Zähne, symmetrische Anordnung korrespondierender Zähne hinter der Reihe, Persistenz der Milchzähne, symmetrisches Fehlen einander entsprechender Schneidezähne.

Enge und Steilheit des Gaumens, leistenartiges Vorspringen der Raphe des harten Gaumens (Torus palatinus); Assymmetrie des Gesichtes, die aber häufig durch Schiefstand der Nase vorgetäuscht wird.

Großer oder ungleicher Abstand der Ohrmuscheln, starke Einrollung oder Aufrollung des Helix, spitzwinklige Verbildung des oberen Teiles oder winklige Abknickung desselben, mangelhafte Ausbildung der Gabelung des Antihelix oder Andeutung eines dritten Schenkels desselben; Verbildungen des Läppchens durch flächenhafte Verkrümmung, sowie Verwachsung desselben mit der Wangenhaut durch eine mehr oder weniger lange zwickelförmige Hautfalte.

Abnorme Pigmentation der Iris durch Naevi, oder ungleiche Färbung beider Irides; exzentrische Stellung der Pupille, angeborenes Iriskolobom etc.

Infantiler Habitus, mangelhafte Behaarung, Haarwuchs von abnormer Lokalisation, umschriebenes Ergrauen der Haare, stark in die Stirn hineinreichende Haargrenze.

Hasenscharte, Wolfsrachen; — Bildungsanomalien des Genitales: Phimosen, Epispadie, Hypospadie, Kryptorchismus, atrophische Hoden; Gynäkomastie (Ausbildung der Mammae beim Manne mit Drüsengewebe).

Polydaktylie, Syndaktylie; stärkere seitliche Abweichung der Endphalangen von der Axenrichtung der Finger; Unmöglichkeit vollständiger Streckung des kleinen Fingers.

Angeborene Innervationsstörungen, besonders im Facialisgebiete (nach Ziehen bei 70 Prozent aller Schwerbelasteten Facialisdifferenz).

Strabismus, Nystagmus, Tic convulsif, Stottern, Enuresis nocturna, Verzögerung des Sprechen- und Gehenlernens.

Zu den psychischen Degenerationszeichen gehören: gesteigerte Reizbarbeit, die sich in der Neigung zu Konvulsionen (Fraisen) in der Kindheit, Leichtigkeit des Auftretens von Fieberdelirien und Bewußtseinsstörungen, erhöhten Disposition zur Entwickelung von Nerven- und Geisteskrankheiten, in der abnormen Reaktion auf Alkohol und Nikotin, Neigung zu pathologischen Affektzuständen etc. äußert; ferner Labilität der Stimmung, unmotivierte Stimmungsschwankungen, trübe, gedrückte Gemütslage, geringere Widerstandsfähigkeit in körperlicher und geistiger Beziehung und alle sonstigen für die hereditäre Form der Neurasthenie kennzeichnenden Symptome und Eigentümlichkeiten des Charakters, Unstetheit, Sprunghaftigkeit, Unberechenbarkeit, einseitige Begabung, Vorliebe für Nervengifte (Alkohol, Morphium etc.), Neigung zu Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, zu impulsiven Akten, sehr häufig abnorm frühes Erwachen des Geschlechtstriebes (Masturbation), Steigerung oder Herabsetzung, eventuell perverse Richtung desselben usw.

Im nachstehenden führe ich den § 181 der Militär-Strafprozeßordnung an, welcher für die Einhaltung und Durchführung forensisch-psychiatrischer Beobachtungen von Wichtigkeit ist:

»Entstehen Zweifel darüber, ob der Beschuldigte zur Zeit der Tat den Gebrauch seiner Vernunft besaß, oder ob er an einer Krankheit des Geistes oder Gemütes gelitten hat, wodurch die Zurechnungsfähigkeit desselben aufgehoben oder vermindert sein könnte, oder ob eine solche Geistes- oder Gemütskrankheit noch fortbestehe, oder stellt er sich wahnsinnig, blödsinnig, taub oder stumm, so ist die Untersuchung des Geistes- oder Gemütszustandes oder der körperlichen Beschaffenheit des Beschuldigten durch zwei Ärzte (§ 71) zu veranlassen.

Zugleich sind alle jene Personen, die über die Beschaffenheit des Untersuchten Auskunft zu erteilen vermögen, einzuvernehmen, insbesondere die Bemerkungen des Profoßen und jener Personen, welche zur Bewachung und Beobachtung des Untersuchten verwendet werden, zu sammeln und dem Untersuchungsakte zuzulegen.

Die Sachverständigen (Ärzte) haben über das Ergebnis ihrer Beobachtung Bericht zu erstatten, bei Beurteilung des Geistes- oder Gemütszustandes des Beschuldigten alle hierauf Einfluß nehmenden Tatsachen zusammenzustellen, sie in ihrer Bedeutung sowohl einzeln als im Zusammenhange zu prüfen, und falls sie eine Seelenstörung als vorhanden betrachten, die Natur der Krankheit, die Art und den Grad derselben zu bestimmen und sich sowohl nach den Akten, als nach ihrer eigenen Beobachtung über den Einfluß auszusprechen, welchen die Krankheit ununterbrochen oder zeitweise auf Vorstellungen, Triebe, Entschlüsse und Handlungen des Beschuldigten geäußert habe und noch äußere und ob dieser getrübte Seelenzustand schon zur Zeit der begangenen Tat und in welchem Maße bestanden habe.

Sind die Sachverständigen in ihrer Meinung geteilt, oder erachtet der Untersuchungsrichter ihren Ausspruch mit Rücksicht auf die faktischen, in der Untersuchung erhobenen Momente nicht vollkommen gerechtfertigt und kann der Widerspruch oder Mangel auch durch Einvernahme der Sachverständigen nicht behoben werden, so ist hierüber unter Anschluß der Untersuchungsakten im Wege des Militär-Obergerichtes das Gutachten des Militär-Sanitätskomitees einzuholen.

War nach dem einhelligen und auch mit den gerichtlich erhobenen Umständen übereinstimmenden Gutachten der Ärzte, oder dem Gutachten des Militär-Sanitätskomitees, oder der endgültigen Entscheidung der medizinischen Fakultät in Wien der Beschuldigte zur Zeit der Tat des Gebrauches seiner Vernunft ganz beraubt, oder hat er die Tat in einer solchen Sinnenverrückung oder Sinnenverwirrung begangen, welche die Zurechnung der Handlung oder Unterlassung als Verbrechen oder Vergehen gesetzlich ausschließt, so ist die Untersuchung einzustellen (§ 196 lit. *a*).

Ist aber festgestellt, daß die Sinnenverwirrung erst nach der Tat entstanden und so beschaffen ist, daß eine Vernehmung des Untersuchten nicht zulässig und nach dem Ausspruche der Ärzte eine Besserung des Geisteszustandes des Untersuchten zweifelhaft oder nicht zu erwarten ist, so ist hievon unter Anschluß der Untersuchungsakten dem Militär-Obergerichte die Anzeige zu erstatten, welches die einstweilige Einstellung (Sistierung) des weiteren Untersuchungsverfahrens zu verordnen berechtigt ist und wegen weiterer Verfügung betreffs der Person des Beschuldigten das Erforderliche zu veranlassen hat (§ 197).

Fällt das Gutachten der Sachverständigen einhellig und mit den erhobenen Umständen übereinstimmend dahin aus, daß die Sinnenverwirrung verstellt sei, so ist der dem Mannschaftsstande angehörige Untersuchte welcher keine Charge bekleidet, nach vorausgegangener Warnung über Antrag des Untersuchungsrichters und Genehmigung des Gerichtsherrn durch drei aufeinanderfolgende Tage bei Wasser und Brod zu halten . . . .«

Von dem Militär-Strafgesetze sind die Paragraphe 3, 5 und 114 für den Militär-Psychiater von Wichtigkeit.

§ 3.

»Als Verbrechen kann eine Handlung oder Unterlassung nicht zugerechnet werden:

a) wenn der Täter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist;

b) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnenverrückung zu der Zeit, da die Verrückung dauerte; oder

c) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung (§§ 7 und 797) oder einer anderen Sinnenverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden;

d) wenn der Täter noch das vierzehnte Jahr nicht zurückgelegt hat (§ 6);

e) wenn ein solcher Irrtum mit unterlief, der ein Verbrechen in der Handlung nicht erkennen ließ;

f) wenn das Übel aus Zufall, Nachlässigkeit oder Unwissenheit der Folgen der Handlung entstanden ist. Unwissenheit der Folgen der Handlung und Nachlässigkeit schließen jedoch in den Fällen des § 2 an und für sich die Zurechnungsfähigkeit nicht aus;

g) wenn die Tat durch unwiderstehlichen Zwang oder in Ausübung gerechter Notwehr erfolgte.

. . . .«

§ 5.

»Auch als Vergehen kann eine Handlung oder Unterlassung nicht zugerechnet werden:

a) wenn der Täter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist;

b) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnenverrückung zu der Zeit, da die Verrückung dauerte; oder

c) in einer ohne Absicht auf das Vergehen zugezogenen vollen Berauschung oder einer anderen Sinnenverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden;

d) wenn die Tat durch unwiderstehlichen Zwang oder in gerechter Notwehr erfolgte . . . .«

§ 114.

»Milderungs-Umstände, welche auf die Person des Täters Beziehung haben, sind:

a) wenn der Täter zur Zeit des begangenen Verbrechens in einem Alter unter zwanzig Jahren war oder im Zeitpunkte des verübten Vergehens die Unmündigkeit noch nicht lange überschritten hatte, wenn er schwach an Verstand, oder seine Erziehung sehr vernachlässigt worden ist;

b) . . . .

c) . . . .

d) wenn er in einer das Bewußtsein nicht ganz ausschließenden Sinnenverwirrung, welche er sich jedoch nicht in Absicht auf die Verübung der Tat zugezogen hat, oder in einer aus dem gewöhnlichen Menschengefühle entstandenen heftigen Gemütsbewegung sich zur Tat hat hinreißen lassen . . . .«

Bemerkungen.

Zu den im vorstehenden zitierten Paragraphen des Militärstrafgesetzes möchte ich folgendes im Interesse des militärärztlichen Sachverständigen anführen:

In seinem Lehrbuche der gerichtlichen Psychopathologie sagt von Krafft-Ebing:

»Den Zustand, in dem sich jemand befindet, der fähig ist, zwischen Begehung und Unterlassung einer strafrechtlich als Verbrechen oder Vergehen bezeichneten Handlung zu wählen, sich für dieselbe zu bestimmen, nennt die Strafrechtswissenschaft den der Zurechnungsfähigkeit.«

Die Konstatierung der Zurechnungsfähigkeit fällt im allgemeinen in die Kompetenz des Richters und nicht des Arztes, doch kommt der letztere auf Grund der Fragestellung des ersteren sehr oft in die Lage, sich auch über die Zurechnungsfähigkeit im konkreten Falle aussprechen zu müssen. Es erscheint hiebei am zweckmäßigsten, sich an die Bestimmungen der §§ 3 und 5 des Militärstrafgesetzes zu halten, weil durch dieselben die Grenzen für die Unzurechnungsfähigkeit bezeichnet werden.

Es kann leicht übersehen werden, daß sich der § 3 auf Verbrechen, der § 5 auf Vergehen bezieht.

Entsprechend der in juridischen Kreisen offiziell gebräuchlichen Unterscheidung zwischen Blödsinn und Wahnsinn scheint in den bezeichneten Paragraphen der Zustand, in welchem der Täter »des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist«, zu jenem der »Sinnenverrückung« in Gegensatz gestellt zu werden; demgemäß wird man zu den ersteren alle jene Fälle zu rechnen haben, die mit geistiger Abschwächung einhergehen oder zur Verblödung führen (progressive Paralyse, Dementia praecox, Schwachsinn etc.), während man unter der Bezeichnung »Sinnenverrückung« vornehmlich die periodisch auftretenden Psychosen zu verstehen hat, wofür insbesondere der Zusatz spricht: »zu der Zeit, da die Verrückung dauerte«. Dagegen sind unter dem Begriffe der »Sinnenverwirrung« die sogenannten transitorischen Psychosen zu subsumieren, die mit mehr weniger ausgesprochener Beeinträchtigung des Bewußtseins bis zur vollständigen Ausschaltung

desselben einhergehen (pathologische Affekt-, pathologische Rauschzustände, trunkfällige Sinnestäuschung, Somnambulismus, Schlaftrunkenheit, akut delirante Zustände usw.).

Bei diesen vorgenannten Zuständen von »Sinnenverwirrung« ist sehr häufig das Bewußtsein nicht ganz ausgeschlossen und doch wird man dieselben nur ganz ausnahmsweise unter den § 114 lit. *d*) des Militärstrafgesetzes einreihen dürfen. Denn nach meiner Auffassung gehört zu »einer das Bewußtsein nicht ganz ausschließenden Sinnenverwirrung« die Möglichkeit des betreffenden Individuums, seine Handlungen noch halbwegs zu dirigieren, das heißt, noch durch einen Rest von Überlegung zu beeinflussen, was wohl nur bei intensiveren Erregungszuständen »Nervöser«, bei höhergradiger Berauschung, in gewissen, nicht pathologischen Affektzuständen usw. zutreffen wird. In allen übrigen Fällen, in denen sich die Handlungen nur mehr automatisch abspielen und dem Willen der betreffenden Persönlichkeit gänzlich entzogen sind, kann von der Anwendung des § 114 lit. *d*) nicht die Rede sein, trotzdem die Annahme eines gewissen Bewußtseinszustandes des Gehirns schon auf Grund der Koordination der Handlungen nicht abzuweisen sein wird. Der springende Punkt liegt darin, daß automatisches, unbewußtes, — und gewolltes, somit bewußtes Handeln einander vollkommen gleichen und häufig nur auf Grund der begleitenden Nebenumstände auseinander gehalten werden können. Im übrigen darf nicht übersehen werden, daß zwischen dem in den angeführten Paragraphen verstandenen »Bewußtsein« und den medizinischen Begriffen »Bewußtsein«, beziehungsweise »Bewußtlosigkeit« ein wesentlicher Unterschied besteht.

Es erscheint mir wichtig, zu betonen, daß die Fassung: »des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt« leicht zu Irrtümern, oder zum mindesten zu Zweifeln führen kann. Denn der ärztliche Sachverständige wäre bei nicht sinngemäßer Auslegung der vorzitierten Stelle wohl nur in den seltensten Fällen in der Lage, diese Bedingung als gegeben zu erachten, trotzdem es sich z. B. um eine ausgesprochene Paralyse, Dementia praecox etc. handelt. Nach dem bei den einzelnen Krankheitszuständen bezüglich ihrer forensischen Würdigung Gesagten wird er aber nicht anstehen dürfen, z. B. selbst bei einer beginnenden, aber mit Sicherheit zu diagnostizierenden progressiven Paralyse die Bedingungen des § 3 lit. *a)* oder § 5 lit. *a)* als vorhanden zu erklären.

---

3. Die Imbezillität.

Eines der für den Militärarzt wichtigsten Kapitel der Psychiatrie ist der angeborene oder in früher Kindheit erworbene Schwachsinn. Je nach dem Grade desselben unterscheidet man zwischen Idiotie und Imbezillität und nach der Qualität zwischen intellektuellem und moralischem Schwachsinn.

Ich sehe selbstverständlich von den schwereren Graden ab, die ja zumeist schon bei der Assentierung oder doch in den ersten Tagen nach der Einreihung erkannt werden und für die Diagnosestellung keine Schwierigkeiten bieten. Dagegen ist es ungemein wichtig, sich mit den leichteren Formen vertraut zu machen, denn der Schwachsinn kommt relativ häufig vor, führt namentlich beim Militär zu allen möglichen Konflikten und kann leicht übersehen werden.

Nachdem von den schwersten Fällen der Idiotie bis zu jener schon in die Gesundheitsbreite fallenden »physiologischen Dummheit« fließende Übergänge hinüberleiten und nicht selten im konkreten Falle eine Unterscheidung zwischen pathologischer und physiologischer Dummheit kaum möglich ist, so erwächst unter anderem auch für den Militärarzt die Aufgabe, die Grenze für die Diensttauglichkeit derartiger Personen zu ziehen. Diese Aufgabe wird wesentlich durch die Bestimmung des Dienstbuches N—1 erleichtert, der zufolge »auffallend zurückgebliebene geistige Entwicklung« zum Waffendienste untauglich macht. Natürlicherweise ergibt sich der beste Maßstab hiefür in der Unfähigkeit des Individuums, die militärische Ausbildung mit Erfolg zu bestehen und führt ja gerade dieses Unvermögen sehr häufig dazu, daß der betreffende Rekrut dem Arzte zur Konstatierung seines Geisteszustandes vorgeführt wird.

Ich glaube jedoch, daß diese soeben angeführte Grenze zu niedrig gezogen ist, und zwar aus dem Grunde, weil es zweifellos Schwachsinnige gibt, die den Anforderungen, die die militärische Ausbildung an sie stellt, noch halbwegs zu entsprechen

vermögen sich aber doch nicht auf die Dauer für den Militärdienst eignen. Die Beantwortung der Frage, wie man diese Kategorie von Schwachsinnigen herausfinden soll, macht es notwendig, daß wir uns vorerst über die Merkmale, welche den Schwachsinn kennzeichnen, einigermaßen orientieren.

Vor allem muß man zwischen den stumpfen (anergetischen) und den erregten (erethischen) Formen der Imbezillität unterscheiden, welche, trotz mannigfacher und inniger innerer Beziehungen, doch in der Art ihrer äußeren Erscheinung mitunter recht erheblich von einander abweichen.

Das Charakteristische beider Formen liegt vornehmlich in der Flüchtigkeit und Oberflächlichkeit der Wahrnehmungen, in der Unfähigkeit, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen und demgemäß den Kern der Sache zu erfassen, Lebenserfahrungen zu sammeln und solche den Entschlüssen und Handlungen zugrunde zu legen.

Im speziellen ist die stumpfe Form der Imbezillität dadurch gekennzeichnet, daß die Betreffenden vermöge der ihnen innewohnenden Trägheit und des nur mangelhaft ausgebildeten Interesses, an vielen Dingen des täglichen Lebens vorbeigehen, ohne von ihnen Notiz zu nehmen und sich hauptsächlich nur jenen zuwenden, die mit der Befriedigung ihrer persönlichen Wünsche und egoistischen Triebe im Zusammenhange stehen. Sie beachten aber auch da nur das ihnen Zusagende, ihre speziellen Neigungen Ansprechende, ohne sich um andere, mitunter wichtigere Details zu bekümmern. Vielfach mangelt ihnen überhaupt die Fähigkeit, ihre Einzelwahrnehmungen mit einander zu vergleichen, das stets Wiederkehrende in denselben wahrzunehmen, von dem Zufälligen abzuscheiden und auf diese Weise zur Bildung höherer Vorstellungen und Begriffe zu gelangen.

Dabei können sie aber recht gut in der Lage sein, sich innerhalb der ausgelaufenen Bahnen des täglichen Lebens zurechtzufinden, gewissen Verrichtungen nachzugehen und sich in bescheidener Form als Mitglieder der Gesellschaft zu betätigen. Werden sie dagegen in neue Verhältnisse gebracht, oder weichen die ihnen gestellten Aufgaben auch nur in unwesentlichen Punkten von ihrer gewohnten mechanischen Beschäftigung ab, dann versagen sie sehr häufig, weil sie eben nicht die Fähigkeit besitzen, sich in neuen Situationen zu orientieren und auf Grund eigener Erfahrung und Überlegung, Schluß- und Urteilsbildung zu handeln.

In solchen Momenten werden sie unsicher, ratlos und begehen oft ganz unüberlegte, ja sinnlose Handlungen, deren Folgen sie nicht abzusehen vermögen, während sie sonst ihrer gewohnten Beschäftigung mit Ruhe, Gleichmäßigkeit und häufig sogar mit großer Pflichttreue nachzukommen pflegen.

Begreiflicherweise ist ihr geistiger Erwerb ein verhältnismäßig geringer; derselbe beschränkt sich zum größten Teil nur auf das ihnen zunächst Liegende, ihnen im täglichen Leben immer wieder Aufstoßende, mechanisch Eingelernte. Er kann sich jedoch unter Umständen in erheblichem Grade erweitern — namentlich in leichteren Fällen und wenn die Betreffenden einer entsprechenden Schulbildung unterzogen werden. Man kann demnach bei ihnen gelegentlich einen ziemlichen Fond an positivem Wissen finden, doch darf man sich dadurch nicht zu voreiligen Schlüssen verleiten lassen; denn nicht der Umfang des Erlernten ist für die Beurteilung des Schwachsinnigen maßgebend, sondern die Fähigkeit desselben, sein Wissen zu verwerten, das heißt aus demselben die entsprechenden Schlüsse für das praktische Leben zu ziehen.

Im allgemeinen sind die Kranken jedoch zerstreut, haben wenig Interesse für das in der Schule Gelernte und vergessen dasselbe daher ziemlich rasch, so daß man bei ihnen mitunter trotz Schulbildung ganz bedeutende Defekte finden kann.

Im Gegensatze zu der soeben besprochenen, zeigt sich bei der erethischen Form der Imbezillität sehr häufig eine auffallende Lebhaftigkeit, die oft schon in den ersten Kindesjahren in die Erscheinung tritt und die die Kranken veranlaßt, den Vorgängen in ihrer Umgebung ein besonderes Interesse entgegenzubringen. Ihre abnorme Veranlagung, beziehungsweise Entwicklungshemmung kann dadurch vorerst ziemlich in den Hintergrund treten und dies umsomehr, als derartige Kranke auch in der Schule anfangs recht gute Erfolge erzielen und durch ihr lebhaftes Interesse und die Vielgeschäftigkeit, die sie bei jedem Anlasse bekunden, leicht den Eindruck einer das Durchschnittsmaß überragenden Begabung hervorrufen können. Mit der Zunahme der Ansprüche jedoch, die an ihre Verstandestätigkeit gestellt werden, tritt ihre Insuffizienz immer mehr zutage, weil sie trotz ihrer Agilität doch nur höchst oberflächlich sind, den Dingen nicht auf den Grund zu gelangen vermögen und das Gelernte leicht wieder vergessen. Dabei fehlt ihnen gleichfalls die Fähigkeit zu zielbewußtem, überlegtem Handeln und geraten sie sehr oft durch

ihre Unbesonnenheit und Sorglosigkeit in der Auswahl der Mittel in schiefe Situationen.

Es ist eine allgemein anerkannte Tatsache, daß die Schwachsinnigen in mehr weniger hohem Grade egoistisch sind und daß bei ihnen die altruistischen Gefühle gewöhnlich nur schwach entwickelt zu sein pflegen. Für sie sind ferner große Reizbarkeit mit Neigung zu heftigen Affektzuständen, sowie nicht selten ein gewisser Hang zu Lüge und Entstellung charakteristisch. Nicht selten werden von ihnen Racheakte verübt, die in keinem Verhältnisse zu der auslösenden Ursache stehen. So erstach ein vor kurzem dem Garnisonsspitale Nr. 1 zur Beobachtung übergebener Infanterist, bei dem ein höherer Grad von Schwachsinn konstatiert werden konnte, mit dem Bajonette seinen Zugsführer und einen Gefreiten im Schlafe, angeblich weil sie ihn sekkiert und nicht in Ruhe gelassen hätten. Bezeichnenderweise legte sich der Mann nach Verübung dieser Mordtat in das Bett und wurde kurze Zeit darauf von der auf dem Tatorte erschienenen Kommission schlafend angetroffen. Er gestand ohneweiters seine Täterschaft ein, äußerte nicht die geringste Reue, sondern freute sich im Gegenteil darüber, daß er nunmehr vor ihnen Ruhe haben werde.

Die bei Schwachsinnigen gelegentlich zu findende Neigung zu Lüge, Entstellung, Schwindeleien und phantastischen Ausschmückungen eigener Erlebnisse oder purer Erfindungen dürfte zumeist auf ihre ungenaue Auffassung und Beurteilung der Dinge, geringe Merkfähigkeit und mangelhafte Reproduktionstreue, mitunter aber auch darauf zurückzuführen sein, daß sie sich darin gefallen, durch ihre Erzählungen und Schilderungen allgemeines Interesse, Staunen und Entsetzen hervorzurufen.

Es ist begreiflich, daß diese Eigentümlichkeit Schwachsinniger namentlich in forensischen Fällen von größter Bedeutung sein kann. Zum mindesten könnte der Umstand, daß der in Untersuchung Befindliche den Tatbestand immer wieder anders erzählt und ihn gegebenen Falles zu seinen Gunsten verändert, namentlich aber, wenn er in wesentlichen Punkten an verschiedenen Tagen differente Angaben macht, leicht zu der Annahme verleiten, daß er sich in Widersprüche verwickelt habe, die Tatsachen zu seinem Vorteile zu entstellen beabsichtige usw.

Zum Schlusse dieser kurzen Schilderung ihres allgemeinen Verhaltens möchte ich noch anführen, daß sich das Leben Schwachsinniger nicht immer in glatten, ruhigen Bahnen bewegt,

sondern daß bei ihnen mitunter ziemliche Schwankungen im Sinne von Depression oder Erregung zu beobachten sind; auch können gelegentlich halluzinatorische oder Verwirrtheitszustände, insbesondere aber ganz eigentümliche psychische Ausnahmszustände auftreten, in denen sie von einem unwiderstehlichen, inneren Drange befallen werden, verschiedene impulsive Handlungen zu verüben. Für den Militärarzt sind diese Zustände deshalb ungemein wichtig, weil unter ihrem Einflusse nicht selten eigenmächtige Entfernungen, Desertionen und sonstige kriminelle Handlungen verübt werden können. Mir sind wiederholt Fälle vorgekommen, wo schwachsinnige Deserteure keinen anderen Grund für ihre Desertion anzugeben vermochten, als eben einen Drang, der sie plötzlich befallen und zum Fortgehen veranlaßt habe. In manchen von diesen Fällen sprachen auch schon die äußeren Umstände für die Richtigkeit der Angaben, indem nachgewiesen werden konnte, daß die Betreffenden ganz unvermittelt und ohne die geringsten Vorbereitungen, ja selbst in mangelhafter Adjustierung oder unmittelbar vor dem Essen davongingen, gelegentlich sogar den Eindruck einer momentanen Geistesabwesenheit machten. Gerade dieses letztere Moment dürfte dafür sprechen, daß mitunter auch epileptische Einflüsse dabei in Betracht zu ziehen sein dürften, wie ja überhaupt Epilepsie und Schwachsinn und umgekehrt recht häufig neben einander und wohl auch in gegenseitiger Abhängigkeit gefunden werden.

Rücken Schwachsinnige zur aktiven Dienstleistung ein, dann fallen sie vor allem ihren Abrichtern bei der militärischen Ausbildung auf. Sie fassen nur langsam auf, so daß man ihnen dieselbe Übung immer wieder zeigen muß, bis sie sie endlich halbwegs begreifen; sie sind schwerfällig und ungeschickt, verwechseln rechts mit links, sind gewöhnlich schuld daran, wenn irgend eine Bewegung unrichtig ausgeführt wird und müssen häufig nachexerzieren, damit sie in der Ausbildung mit ihren Kameraden möglichst gleichen Schritt halten. Es braucht gewöhnlich längere Zeit, bis sie ihr Bett in Ordnung zu bringen, sich vorschriftsmäßig zu adjustieren lernen, wobei die Chargen häufig mithelfen müssen, und kommen nicht selten zu spät, weil sie mit ihren Vorbereitungen nicht fertig werden. In den Mannschaftsschulen sind sie der Schrecken der Instruktoren, indem sie unaufmerksam, zerstreut sind, sich nichts merken können, trotz fort-

währender Wiederholungen doch bei der Prüfung oder gelegentlich einer Inspizierung versagen.

Nachdem aber das geistige Niveau vieler unserer Rekruten ein ziemlich niedriges ist (die Zahl der Analphabeten ist in einzelnen Regimentern noch immer eine recht bedeutende), so ergibt sich mitunter auch bei ganz normal veranlagten Rekruten die Notwendigkeit, sich mit ihnen recht abzumühen und sie durch fortgesetzten Drill auf die geforderte Höhe der militärischen Ausbildung zu bringen. Dadurch wird der Unterschied zwischen vielen normalen und den schwachsinnigen Rekruten ein relativ geringer und so mag es kommen, daß die letzteren, nachdem sie schlecht und recht die Ausbildung mitgemacht haben, weiter bei ihrer Unterabteilung verbleiben. Nicht selten entledigen sich auch die letzteren ihrer schlechtesten Elemente durch Abtransferierungen zu anderen Regimentern, was die rechtzeitige Erkennung Schwachsinniger keineswegs begünstigen dürfte.

Die beständigen Ausstellungen, Zurechtweisungen und allfälligen Bestrafungen, das Anhalten zu Wiederholungen während der Ruhepausen der anderen Rekruten und zum Nachexerzieren, nicht minder gelegentliche Mißhandlungen und Verspottungen verbittern diese Kranken umsomehr, als sie die meisten dieser Maßnahmen als Akte der Ungerechtigkeit und unverdienter Sekkaturen auffassen und überhaupt den Unterschied zwischen ihren bequemen Verhältnissen zu Hause und jenen beim Militär in der unliebsamsten Weise empfinden. Sie werden dadurch widerspenstig und störrisch, lassen sich zu Beschimpfungen ihrer Vorgesetzten hinreißen, antworten aus Reih und Glied, widersetzen sich tätlich dem vermeintlichen oder wirklichen Widersacher, werfen gelegentlich das Gewehr weg und verweigern den Gehorsam. Auch mit ihren Kameraden, für die sie sehr bald der Gegenstand von allen möglichen Witzen und Hänseleien werden, geraten sie leicht in Streit, der nicht selten in Tätlichkeiten ausartet.

Insbesondere der Umstand, daß die im allgemeinen trägen, gutmütigen und bis zu einem gewissen Grade fügsamen Imbezillen recht zornmütig werden können, wenn sie gereizt werden, wie überhaupt ihre Neigung zu unverhältnismäßig heftigen Affektzuständen, ferner die vielfachen Eigentumsdelikte, die von ihnen verübt werden, ihre oft mit großer Beharrlichkeit ausgeführten Desertionsversuche etc. machen es verständlich, daß sie sehr oft

mit dem Disziplinar- und Militärstrafgesetz in Konflikt kommen. Da ihr Defektzustand nicht immer erkannt wird, vergehen mitunter Jahre, die sie zum großen Teile im Disziplinararreste und Militärgefängnisse zugebracht haben, bevor sie einer psychiatrischen Untersuchung unterzogen und als militärdienstuntauglich ausgeschieden werden.

Ich könnte auf Grund eigener Erfahrungen noch vieles hinzufügen, doch glaube ich, daß diese wenigen Ausführungen genügen, um zu zeigen, daß unsere bisherigen Verhältnisse der dringenden Notwendigkeit, Schwachsinnige rechtzeitig auszuscheiden und vielfach ungerechte Bestrafungen derselben zu verhüten, keineswegs besonders Rechnung tragen. Der Grund hiefür scheint, meiner Ansicht nach, darin zu suchen zu sein, daß die militärischen Vorgesetzten bei dem im allgemeinen wohl begreiflichen, aber jedenfalls so rasch als möglich zu beseitigenden Mangel einer gewissen auch für den Offizier unbedingt nötigen Kenntnis der wichtigsten Erscheinungen psychischer Erkrankungen oder Defektzustände nicht selten geneigter zu sein scheinen, den Ausdruck beginnender Geistesstörung oder geistiger Anomalie für Faulheit, Unwillen, Unlust zum Militärdienst und wie alle die Ausdrücke lauten mögen, die man gelegentlich in den Berichten zu lesen bekommt, zu halten, als der Möglichkeit, daß es sich vielleicht doch um eine psychische Anomalie handeln könnte, Raum zu geben. Natürlicherweise müßten die Militärärzte diesbezüglich durch Vorträge und zwanglose Besprechungen aufklärend und belehrend wirken. Es wäre aber auch ihre Pflicht, ebenso wie jene der Auditore, welche als Untersuchungsrichter fungieren, diesen krankhaften Zuständen ihr besonderes Augenmerk zuzuwenden, um auch in leichteren Fällen die vorhandene Störung nicht zu übersehen, beziehungsweise den Verdacht auf eine solche auszusprechen und die sachgemäße Prüfung des Geisteszustandes des betreffenden Individuums zu veranlassen.

Um die Ausforschung Schwachsinniger in der Armee und ihre Ausscheidung möglichst rasch durchführen zu können, würde sich folgender Vorgang empfehlen:

Neben der schon in der Einleitung geschilderten Aufnahme der Anamnese bei den einzelnen Rekruten, die mitunter gewisse Anhaltspunkte geben dürfte, wären insbesondere die Militärärzte seitens der Abrichter auf jene Männer aufmerksam zu machen, welche sich durch besondere Ungeschicklichkeit und Schwer-

fälligkeit, sowie durch erschwerte Ausbildungsfähigkeit hervortun. Dieselben wären nun einer eingehenderen Befragung und Intelligenzprüfung zu unterziehen. Ergeben sich dabei Anhaltspunkte für die Annahme von Schwachsinn oder sonst einer psychischen Anomalie, dann wären unverzüglich Erhebungen in der Heimat einzuleiten, die sich speziell bei Verdacht auf Schwachsinn — abgesehen von den bei Geisteskrankheiten allgemein in Betracht kommenden Gesichtspunkten — in folgender Richtung zu bewegen hätten: Die Erfahrung lehrt, daß Imbezille sehr häufig in der Entwicklung (Sprechen-, Gehenlernen, Zahnen etc.) hinter ihren Altersgenossen zurückbleiben, für gewöhnlich nur geringe Schulerfolge erzielen, namentlich schwer das Rechnen erlernen, nicht mit ihren Altersgenossen, sondern mit Vorliebe mit jüngeren Kindern spielen, häufig überhaupt wenig Neigung zu Spielen und Vergnügungen zeigen, sondern müßig herumsitzen, in der späteren Zeit ein Handwerk entweder gar nicht oder nur insoweit erlernen, daß sie unter Aufsicht oder nur für bestimmte Verrichtungen zu verwenden sind, deshalb sehr häufig im Elternhause zu untergeordneten Hilfeleistungen und Handgriffen herangezogen werden, nicht imstande sind, ihren allfälligen Lohn zu verwalten und selbständig Einkäufe zu machen, ihrer Umgebung als geistig beschränkt oder schwachsinnig bekannt sind, darauf abzielende Spitznamen bekommen, zu Zeiten keine Lust zur Arbeit zeigen, sich vielmehr in Feld und Wald tagelang herumtreiben usw. Sehr zweckmäßig ist es auch, im allgemeinen die Frage zu stellen, ob der Betreffende irgend welche Auffälligkeiten geboten hat, die an seinem normalen Geisteszustande haben zweifeln lassen und welcher Art dieselben waren.

Bis zum Einlangen dieser Erhebungen wäre der Mann einer eingehenden Beobachtung sowohl seitens seiner militärischen Vorgesetzten und Kameraden als auch seitens der Ärzte zu unterziehen, eventuell beim Eintritte ausgesprochener Störungen (Dementia praecox etc.) einer Heilanstalt zu überweisen.

Nach den schon im I. Teile angeführten Bestimmungen des Reglements für den Sanitätsdienst I. Teil, § 39, Punkt 292 »wird die Konstatierung zurückgebliebener geistiger Entwicklung und unzureichender Bildungsfähigkeit zumeist beim Truppenkörper (Anstalt) durch die Vorgesetzten des zu Beurteilenden im Vereine mit den Truppen-(Anstalts-)Ärzten in verläßlicher Weise möglich sein etc.« Demzufolge wäre im allgemeinen von der Abgabe

Schwachsinniger an die Militär-Sanitätsanstalten abzusehen — allerdings nur dann, wenn die Truppen-(Anstalts-)Ärzte für den Antrag auf Vorstellung vor die Überprüfungs- oder Superarbitrierungskommission genügendes Material gesammelt haben. Sind sie jedoch nicht imstande, einen solchen Antrag entsprechend zu begründen, dann wäre in allen Fällen, bei denen der Verdacht auf zurückgebliebene geistige Entwicklung (Schwachsinn) besteht, beziehungsweise von anderer Seite ausgesprochen wurde, die Abgabe der Betreffenden an eine Militär-Sanitätsanstalt zum Zwecke der Konstatierung ihres Geisteszustandes durchzuführen. Dies wird namentlich in jenen Fällen notwendig sein, wo die in der Heimat gepflogenen Erhebungen ein negatives Resultat ergeben. Denn wie ich schon im I. Teile angeführt habe, können leichtere Grade von Schwachsinn oder Beschränktheit von Laien sehr leicht übersehen werden, insbesondere wenn es sich um Individuen handelt, die in bescheidenen Lebensstellungen wirken, in denen ihre geistige Unzulänglichkeit wenig oder gar nicht in die Erscheinung tritt. Nachdem in vielen Provinzen der österreichisch-ungarischen Monarchie Landwirtschaft und Viehzucht eine hervorragende Rolle spielen, so finden sich unter den zum Militär einrückenden Rekruten sehr viele Bauern und Hirten, die häufig keine Schule besucht haben und deren Wirkungskreis ein so eingeschränkter war, daß bei ihnen allfällige Intelligenzdefekte geringeren, mitunter auch höheren Grades leicht übersehen werden konnten, umsomehr, als das allgemeine geistige Niveau in manchen Landstrichen ein ziemlich niedriges ist.

In zweifelhaften Fällen wird also eine solche Konstatierung in einem Militärspitale nicht zu umgehen sein. Natürlich darf sich dieselbe nicht darauf beschränken, daß der Observand »weder in körperlicher, noch in geistiger Beziehung irgendwelche Auffälligkeiten bietet«, ißt, schläft, auf die an ihn gestellten Fragen richtige Antworten gibt usw., sondern es muß mit demselben eine eingehende Intelligenzprüfung vorgenommen werden. Dieselbe soll jedoch nicht nur darin bestehen, daß man den Betreffenden über allfällige in der Schule erworbenen Kenntnisse befragt, ihm Fragen aus dem Einmaleins gibt, die Tage der Woche, die Monate aufzählen, die Zahl der Stunden des Tages angeben läßt u. d. m. Denn es ist ganz gut denkbar, daß so mancher Schwachsinnige, wenn er die entsprechende Erziehung und Schulbildung genossen hat, wenn auch mühevoll und

bedeutend schwerer als ein normal veranlagter Mensch, sich doch recht erhebliche Kenntnisse erwerben kann, so daß er gegebenen Falles über einen größeren Fond an positivem Wissen verfügt als ein gesunder Analphabet. Das Wesentliche und Charakteristische liegt aber darin, daß er sein Wissen nicht oder nur ungenügend zu verwerten vermag, daß er nicht die Fähigkeit besitzt, sich seiner Erziehung und Bildung entsprechend zu benehmen und seine Handlungen durch eigene Schluß- und Urteilsbildung zu bestimmen. Seine Unselbständigkeit, die Abhängigkeit von dem automatisch Eingelernten, seine Berufungen auf das Urteil anderer, lassen ihn häufig nur das Richtige erraten, nicht aber durch eigene Gedankenarbeit finden. Deshalb ist es angezeigt, sich bei den Intelligenzprüfungen — abgesehen von der Konstatierung des ungefähren Umfanges des positiven Wissens — hauptsächlich auf die Erforschung zu verlegen, inwieweit der Observand zu selbständigem Denken, Urteilen und Handeln geeignet ist.

Ich würde daher empfehlen, im allgemeinen beiläufig nach folgendem Schema Intelligenzprüfungen bei Imbezillen vorzunehmen, wobei ich jedoch bemerke, daß bei der Art der Fragestellung stets dem Milieu des zu Untersuchenden, sowie seinem Bildungsgrade Rechnung zu tragen ist.

Man lasse vor allem den Kranken seine Lebensgeschichte niederschreiben, wenn er dies vermag, oder fordere ihn auf, dieselbe zu erzählen. Dabei wird vielfach schon die Art der Darstellung, das Weitschweifige und Umständliche, häufig auch das Konfuse im Erzählen, die Hervorhebung belangloser Details, das Übergehen wesentlicher Phasen oder Episoden, gelegentlich auch die Schwerfälligkeit der Darstellungsweise wegen mangelhaften Wortschatzes, die Notwendigkeit, immer wieder Fragen zu stellen etc., auffallen.

Bei den schriftlichen Schilderungen ist insbesondere auf orthographische und stilistische Fehler, auf Wiederholungen von Wörtern, Silben und Buchstaben, Verstellungen solcher, Ungenauigkeiten in der Deklination und Konjugation, Entstellungen einzelner Wörter, namentlich von Fremdwörtern, Agrammatismus (Unfähigkeit korrekte Sätze zu bilden und schreiben nach Kinderart in Infinitiven), desgleichen auf den Umstand, daß die Kranken nicht selten von sich in der dritten Person schreiben usw., zu achten.

Ich möchte hier anführen, daß es gelegentlich sehr zweckmäßig und wertvoll sein kann, dem Observanden irgend eine kurze Geschichte, eine Fabel oder Anekdote oder ähnliches zu erzählen oder vorzulesen und ihn aufzufordern, das Gehörte entweder schriftlich oder mündlich wiederzugeben. Sehr häufig findet man dabei, daß die Kranken die ganze Sache entweder gar nicht auffassen oder nur halb verstehen, daß ihnen die Pointe entgangen ist, daß sie sich an irgend ein nebensächliches Detail klammern, während sie die Hauptsache übergehen.

Gelegentlich der Besprechung ihrer früheren Lebensverhältnisse, speziell des Schulbesuches, hat man Gelegenheit, sich über ihr effektives Wissen zu orientieren. Dasselbe ist mitunter äußerst dürftig, kann aber auch recht gut bestellt sein. Manche Kranken sind imstande, die vier Rechnungsarten selbst mit zweistelligen Zahlen — allerdings mitunter erst nach längerer Zeit und unter Zuhilfenahme der Finger — auszuführen. Macht man aber den Versuch, ihnen gleiche oder ähnliche, jedoch angewandte Aufgaben zu geben, so stellt sich sehr häufig ihre Unfähigkeit hiezu heraus. Sie rechnen beispielsweise ziemlich rasch aus, wieviel der sechste Teil von 120 ist, sind aber nicht oder nur mit Mühe imstande, die Frage zu beantworten, wie viel Äpfel 4 Brüder und 2 Schwestern zu gleichen Teilen zu bekommen haben, wenn sie 120 Äpfel zur Verteilung erhalten; wie viel der Stoff für 5 Anzüge kostet, wenn man zu einem Anzug 3 Meter à 5 Kronen benötigt. Bei der Prüfung mit Geldsorten stellt sich gewöhnlich heraus, daß sie die einzelnen Münzen kennen, doch macht ihnen die Umrechnung der alten Gulden- in die neue Kronenwährung und umgekehrt zumeist Schwierigkeiten. Auch zwischen Hellern und Kreuzern vermögen sie nicht genau zu unterscheiden; sie wissen z. B. ganz gut, daß ein Gulden 100 Kreuzer hat, stutzen aber, wenn man sie um die entsprechende Zahl der Heller fragt; sie bezeichnen das 10- oder 20-Hellerstück als 5 oder 10 Kreuzer, wissen aber nicht, warum die Zahl 10 oder 20 auf den betreffenden Münzen steht. Recht deutlich tritt auch ihr Mangel an praktischem Sinn und der Umstand zutage, daß sie selbst an Dingen, die ihnen täglich unterkommen, mit denen sie gewiß schon viel zu tun gehabt haben, interesselos vorübergehen und nicht das Bedürfnis haben, sich in diesen einfachen Sachen zu orientieren, wenn man ihnen Fragen aus dem metrischen Maßsystem stellt. Sie kennen zwar häufig die einzelnen hierher

gehörigen Begriffe, erweisen sich aber gewöhnlich insbesondere betreffs der Längenmaße wenig versiert, indem sie dieselben bald viel zu groß, bald ebenso zu klein angeben. Namentlich zeigt sich dies, wenn man sie auffordert, die Länge eines Meters, eines Zentimeters mit den Händen zu zeigen. Die Umrechnung von Meilen in Kilometer und umgekehrt, wie lange man eine Meile, einen Kilometer geht, wie hoch das Zimmer ist, wieviel Deziliter ein Liter sind, ob ein Liter Wasser oder ein Liter Öl schwerer ist usw. werden zumeist falsch oder höchst ungenau beantwortet; ja die Kranken sitzen gelegentlich sogar auf, wenn man bei der letzten Frage anstatt Liter Kilogramm sagt.

Ebenso erweisen sich auch ihre auf anderen Gebieten erworbenen Kenntnisse zumeist als unsicher und oberflächlich. Sie zeigen, wo die Sonne auf- und untergeht, können aber nicht die beiläufige Richtung von Ost und West angeben, sie wissen nicht, wodurch Tag und Nacht, Sommer und Winter zustandekommt, was eine Sonnen- eine Mondesfinsternis, ein Komet, ein Schaltjahr ist; sie sind nicht einmal über die Anzahl der Tage in den einzelnen Monaten, ja häufig sogar über die Reihenfolge der letzteren nicht genau orientiert, verwechseln Himmelsrichtung mit Weltteil, nennen als solche: Europa, Asien, Afrika, Amerika, Spanien und Portugal, bezeichnen als Provinzen von Österreich-Ungarn unter anderem auch Görz und Innsbruck, Kärnten als Hauptstadt von Steiermark, wissen nicht, was die Alpen sind, vermögen nicht die Ufer eines Flusses nach seinem Laufe zu bestimmen, die in unseren Breiten vorkommenden Raubtiere, die verschiedenen Feldfrüchte, Getreidesorten, Waldbäume aufzuzählen, sie kennen die Uhr, die Zeiteinteilung nicht usw.

Beim Examen hat man ferner Gelegenheit, sie darüber auszufragen, womit sie sich bisher beschäftigt, in welcher Weise sie den allfälligen Lohn verwendet, ob sie ihr Geld selbst verwaltet haben, wie alt ihre Eltern, ihre Geschwister sind, wie diese heißen, wie groß der Besitz des Vaters ist, worin sein Erwerb besteht, wieviel Geld er verdient, was für Getreidesorten er im letzten Jahre angebaut hat und wie die Ernte ausgefallen ist, wovon der gute Ausfall derselben abhängt, wie man die einzelnen Getreidesorten unterscheidet, worin das Pfropfen (Okulieren) der Bäume besteht und zu welchem Zwecke man es ausführt, wieviel Junge die einzelnen Haustiere für gewöhnlich bekommen, welche verschiedenen Bestimmungen die letzteren haben, womit sie gefüttert

werden, was für ein Unterschied zwischen einem Ochs und einem Stier ist usw.

Daran können sich andere Fragen anschließen: Wie das Land, die Hauptstadt heißt, wieviel Einwohner dieselbe beiläufig hat (einer meiner Patienten schätzte die Einwohner von Wien auf 4000), wie der Kaiser heißt, was für ein Unterschied zwischen Bezirksgericht und Bezirkshauptmannschaft besteht, zu welchem Zwecke Gerichte eingesetzt sind, wer die Gesetze macht, was für Religionen es gibt, wie die Feiertage heißen und welche Bedeutung sie haben, wie die Gebote Gottes lauten; ob man den Eltern unter allen Umständen gehorchen muß, auch dann, wenn sie die Begehung eines Verbrechens, eines Diebstahls verlangen, ob das Stehlen unter allen Umständen strafbar ist, was für ein Unterschied zwischen Mord und Todschlag besteht, was Meuchelmord ist, ob man sich Geld oder Geldeswert, wenn man es auf der Straße findet, behalten kann, was man damit machen soll, was unter Finderlohn verstanden wird, ob es erlaubt ist, auf seinem eigenen Grund und Boden gefangenes oder erschlagenes Wild zu behalten, Fische dem Wasser zu entnehmen, welches durch den eigenen Besitz fließt, wie man sich zu benehmen hat, wenn der Nachbar auf einmal behauptet, daß ein Stück des eigenen Feldes ihm gehöre, wodurch überhaupt die Grenze zwischen den einzelnen Besitzen gekennzeichnet ist usw. Es empfiehlt sich dabei sehr, diese und ähnliche Fragen in eingekleideter Form zu stellen, indem man irgend welche konkrete Beispiele wählt und den Observanden auffordert, zu schildern, wie er sich in diesem oder jenem Falle benehmen und warum er es so und nicht anders tun würde. Auch erweist sich sehr zweckmäßig, von ihm Definitionen zu verlangen, beziehungsweise ihn zu verhalten ähnliche Dinge mit einander zu vergleichen und die unterscheidenden Merkmale zu nennen.

Dies gilt auch bezüglich der Fragen, die man ihm aus dem Militärleben stellt. Vor allem sucht man zu konstatieren, wie weit er überhaupt über militärische Verhältnisse orientiert ist und was er von dem ihm Gelehrten und Gesehenen aufgefaßt und behalten hat. Man fragt ihn demgemäß, was man unter Regiment, Bataillon, Kompagnie usw. versteht, wieviel Kompagnien, Batterien, Schwadronen zu einem Regiment gehören, allenfalls wie die höheren Verbände heißen, wieviel Männer ungefähr zu der Unterabteilung gehören, wie die verschiedenen Kommandanten heißen,

was es für verschiedene Waffengattungen gibt, wie weit man mit einer Kanone, mit einem Gewehre schießen kann, eventuell, wie die Bestandteile des Gewehres heißen, was das treibende Mittel bei den Schießwaffen ist, worin die komplette Ausrüstung des betreffenden Mannes besteht, welche Funktionen die verschiedenen Chargen haben, warum auch beim Pulvermagazin ein Posten steht, was der Soldat tun kann, wenn ihm ein Unrecht widerfährt, worin seine Obliegenheiten bestehen, wenn er sich auf Posten befindet, was er tun würde, wenn ihm auf einmal beim Postenstehen schlecht würde, oder wenn ihm jemand in verdächtiger Weise näher käme, was es für verschiedene Disziplinarstrafen gibt, worin speziell der Kasernarrest besteht, wie man sich zu benehmen hat, wenn man zwei verschiedene Befehle gleichzeitig erhält, ob man sich eine ungerechte Strafe ohneweiters gefallen lassen müsse, was man da tun könne, was für ein Unterschid zwischen eigenmächtiger Entfernung und Desertion besteht, wie die letztere im Frieden, wie im Kriege bestraft wird, usw.

Ich glaube, daß die vorstehenden Andeutungen vollkommen genügen, um zu zeigen, wie ungemein mannigfaltig die Fragen sein können, die man in solchen Fällen stellen kann, wiederhole aber nochmals, daß sich dieselben den Verhältnissen anpassen müssen, aus welchen der Observand stammt, desgleichen seine Schulbildung und Erziehung zu berücksichtigen haben. Demgemäß wird man einem Bauernburschen oder Hirten, der sich stets am Lande in der Wirtschaft bewegt hat, andere Fragen stellen als einem Taglöhner oder Professionisten, der sich zumeist in Städten aufgehalten; einen Analphabeten fragt man begreiflicherweise anders aus als einen Mann, der die Volks- und Bürgerschule, vielleicht sogar einige Mittelschulklassen besucht hat. Dabei darf man dem mitunter ziemlich erheblichen positiven Wissen des Einzelnen, namentlich wenn er entsprechende Schulbildung genossen, keine ausschlaggebende Bedeutung beimessen denn wie ich schon früher erwähnt habe, ist die Erwerbung von mitunter ziemlich reichlichen Kenntnissen bei Schwachsinnigen keineswegs ausgeschlossen; in solchen Fällen ist die Unfähigkeit zur praktischen Verwertung des Gelernten das Wesentliche; andererseits läßt bei Leuten, auch wenn sie keine Schulbildung genossen haben, der Mangel der gewöhnlichsten Kenntnisse, speziell solcher, die schon die Kinder im täglichen Verkehre lernen und

für ihre Zwecke zu verwerten wissen, den Schluß auf einen mehr minder ausgebildeten Grad von Schwachsinn zu.

Bezüglich der Diensttauglichkeit Imbeziller kommen nach meiner Ansicht folgende Gesichtspunkte, beziehungsweise Erwägungen in Betracht: Leichtere Fälle werden sich sehr häufig ihrer Konstatierung dadurch entziehen, daß sie in ihrer in intellektueller Beziehung nicht selten gleichfalls bescheidenen Umgebung kaum besonders auffallen; vielleicht hält man die Betreffenden für beschränkter als das Gros ihrer übrigen Kameraden hat aber keinen weiteren Grund, sie für schwachsinnig zu halten. Sie absolvieren auch schlecht und recht ihre Dienstzeit, ohne daß sich wesentliche Anstände ergeben hätten. Alle übrigen halbwegs schwerer Schwachsinnigen sollten jedoch unbedingt als militärdienstuntauglich ausgeschieden werden.

Bei diesen werden sich schon während der Rekrutenausbildung vielfach Anstände ergeben, sie werden sich sehr bald von ihren Kameraden durch ihr scheues, unbeholfenes, mitunter auch durch ihr auffallend lebhaftes, sprunghaftes Wesen abheben, durch ihre Unfähigkeit, sich in die militärische Zucht und Ordnung hineinzufinden, durch die erschwerte Auffassungsfähigkeit, augenfällige Beschränktheit, geringe Merkfähigkeit und Zerstreutheit auffallen, gelegentlich ihre leichte Reizbarkeit, abnorme Reaktion auf Alkohol, Neigung zu eigenmächtiger Entfernung und Desertion verraten. In solchen Fällen sollte unter allen Umständen eine eingehende psychiatrische Untersuchung des Geisteszustandes des betreffenden Mannes erfolgen und bei dem Nachweise eines halbwegs erheblicheren Grades von Imbezillität die Ausscheidung desselben aus dem Heeresverbande veranlaßt werden. Ich glaube nach dem in diesem Kapitel bereits Gesagten von einer weiteren Begründung der dringenden Notwendigkeit dieser Maßnahmen absehen zu können.

Was nun die Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit Schwachsinniger anlangt, so ist wohl ohneweiters einleuchtend, daß nicht jeder nach dem gleichen Maße zu messen, beziehungsweise von demselben Standpunkte zu beurteilen ist, sondern daß es notwendig sein wird, in jedem Falle strenge individualisierend vorzugehen und stets nach dem vorhandenen Grade der Störung und unter Berücksichtigung sonstiger eventuell in Betracht kommender Verhältnisse den

Ausspruch bezüglich der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit zu formulieren.

In schwereren Fällen von Schwachsinn, die übrigens beim Militär nur vereinzelt vorkommen dürften, wird der ärztliche Sachverständige an der Hand einer ganzen Reihe von psychischen Ausfallserscheinungen (Defekte) und gewöhnlich auch anatomischer Degenerationszeichen, — denen aber keine ausschlaggebende Bedeutung zukommt, — wohl leicht in der Lage sein, den Beweis zu erbringen, daß es sich um einen schwereren Grad von Imbezillität handelt, welcher den Bedingungen des § 3 lit. *a*) oder § 5 lit. *a*) des Militärstrafgesetzes entspricht; in leichteren Fällen dagegen wird stets ein eingehendes Studium der Vorgeschichte des Betreffenden, die Einleitung von Erhebungen über hereditäre Verhältnisse, Entwicklung und eventuell überstandene Krankheiten in den ersten Kinderjahren, Schulerfolge, Verhalten gegen erziehliche Einflüsse, Milieu, in dem der Kranke aufgewachsen ist, etc. notwendig, ferner auch zu untersuchen sein, welchen Fond an positivem Wissen der Kranke besitzt, in welchem Verhältnisse dasselbe zu der genossenen Schulbildung und Erziehung steht, wie er es zu verwenden vermag und vor allem, ob er im konkreten Falle die Bedingungen erfüllt, von denen die Strafbarkeit und Zurechnungsfähigkeit einer begangenen kriminellen Handlung abhängen.

Würde sich herausstellen, daß ein Soldat, bei dem die sonstigen Umstände an sich für einen höheren Grad von Imbezillität sprechen, auf Grund des mit ihm vorgenommenen eingehenden Examens nicht imstande ist einzusehen, daß er einen militärischen Befehl unter allen Umständen befolgen müsse, daß es ihm nicht gestattet ist, den Posten zu verlassen, auch wenn er plötzlich von einem Unwohlsein befallen wird, sich an seinem Vorgesetzten zu vergreifen, selbst wenn er wiederholt und zweifellos ungerecht mißhandelt wurde usw. und kommt in dem konkreten Falle ein solches oder ein ähnliches Delikt in Betracht, dann wären meines Erachtens die Bedingungen der §§ 3 oder 5 lit. *a*) des Militärstrafgesetzes auch dann gegeben, wenn man im übrigen bezüglich der Frage, ob der Mann für gewöhnlich als des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt anzusehen sei, im Zweifel sein könnte.

Läßt sich dagegen bei einem Observanden nachweisen, daß er sich des Verbrechens der Desertion oder der Subordinations-

verletzung etc. schuldig gemacht, obzwar er gewußt hat, daß die Desertion verboten ist, daß er dafür eventuell mit mehreren Monaten Kerker und Nachdienen um ein Jahr bestraft werden kann, hat er vielleicht dabei besondere Vorkehrungen getroffen, um seiner Ergreifung vorzubeugen, und überhaupt ein ziemlich überlegtes Handeln bekundet, oder hat er die Subordinationsverletzung etc. begangen, trotzdem ihm die Schwere und Bedeutung einer solchen bekannt war, und lassen sich keine sonstigen Momente nachweisen, welche die Handlung Imbeziller abzuschwächen oder zu exkulpieren geeignet sind, so wird man, auch wenn ein gewisser Grad von psychischer Schwäche auf Grund der Beobachtung und der gepflogenen Erhebungen unzweifelhaft erwiesen ist, doch nur für mildernde Umstände im Sinne des § 114 lit. *a*) plaidieren können.

Zu diesen »sonstigen Momenten« gehört vor allem der Einfluß des Affektes oder allenfalls genossenen Alkohols, weil die Erfahrung lehrt, daß dadurch die Willensfreiheit, beziehungsweise die Möglichkeit, einem aufsteigenden Antriebe zu einer Handlung zu widerstehen, bei Schwachsinnigen sehr leicht aufgehoben werden kann. Diese Zustände müssen umsomehr in Betracht gezogen werden, als derartige Kranke überhaupt zu weit lebhafteren Affekten als Vollsinnige neigen, in viel geringerem Grade korrigierenden und hemmenden Einflüssen zugänglich und andererseits gewöhnlich gegen Alkohol intolerant sind, so daß hier die gewohnten Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung erhebliche Störungen, insbesondere im Sinne einer mitunter hochgradigen Steigerung der Reaktion erfahren können.

Auf diese Weise kann es vorkommen, daß bei einem Imbezillen, der im allgemeinen nicht als des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt anzusehen ist, doch im gegebenen Falle, wenn der Einfluß von Affekt oder Alkohol in Betracht kommt, vom ärztlichen Standpunkte auf Verhältnisse erkannt wird, die einen Strafausschließungsgrund ergeben. Zum mindesten sollte bei der Beurteilung derartiger Fälle die größte Vorsicht geübt und in zweifelhaften Fällen der milderen Auffassung Raum gegeben werden.

Auch das Moment des Einsehens in die Tragweite einer Handlung darf bei Imbezillen nicht übersehen werden, denn es kann mitunter vorkommen, daß sich ein Schwachsinniger wohl bewußt war, eine strafbare Handlung zu begehen und auch

die Tat mit Absicht verübt, aber keineswegs an die schweren Folgen gedacht hat, von denen dieselbe eventuell begleitet sein könnte. Es wäre z. B. ganz gut denkbar, daß ein Imbeziller aus einem Zimmergewehr auf einen seiner Vorgesetzten in der Absicht schießt, um ihm einen »Denkzettel« zu geben, dabei aber die Möglichkeit gar nicht erwogen hat, daß er denselben auf diese Weise auch erschießen könne usw. In einem solchen Falle hätte der ärztliche Sachverständige darzutun, daß der Inkulpat auf Grund des allgemeinen Untersuchungsergebnisses an einem derartigen Grade von Schwachsinn leidet, daß seine Verantwortung glaubwürdig erscheint, er habe die Tötung seines Opfers auf eine solche Weise für ganz ausgeschlossen gehalten. Der Richter würde dann seinerseits wahrscheinlich die Anklage nicht auf Mord, sondern nur auf Totschlag erheben, vorausgesetzt, daß nicht überhaupt die Bedingungen des § 3 lit. *a*) M.-S.-G. vorliegen.

Ich möchte hier noch einen Umstand hervorheben, der von großer Wichtigkeit ist; es ist dies die Beurteilung der Verhörsprotokolle, sowie die Verwertbarkeit der Zeugenaussagen Schwachsinniger vom Standpunkte des ärztlichen Sachverständigen.

Ohne mich im geringsten in eine Kritik der bestehenden Vorschriften oder Gepflogenheiten einlassen zu wollen, möchte ich doch die Behauptung aufstellen, daß der ärztliche Sachverständige in der Beurteilung und Verwertung derartiger Protokolle die größte Vorsicht beobachten müsse. Denn dieselben tragen, was ja begreiflich und leicht verständlich ist, zumeist den Stempel der Redaktion des Untersuchungsrichters an sich, sind zwar dem Sinne und Inhalte nach richtig, differieren aber nicht selten in erheblichem Grade mit der Form der Aussagen und der Art, in welcher sie von dem Untersuchten vorgebracht wurden; diese sind aber gerade für die richtige Beurteilung des Geisteszustandes desselben von größter Wichtigkeit! Man ist nicht selten überrascht, wenn man die Aussagen eines schwachsinnigen Inkulpaten, die derselbe beim Verhöre gemacht hat, mit jenen vergleicht, welche von ihm im Spitale beim Examen erhalten werden. Es empfiehlt sich daher nicht nur, sondern ist ja auch in der Vorschrift begründet, besonders in gerichtlichen Fällen die Antworten der zur Beobachtung dem Spitale Übergebenen auf Grund stenographischer Aufzeichnungen im Beobachtungsjournale wörtlich wiederzugeben. Nach dem Vorstehenden wäre dies wohl auch für die Verhörsprotokolle sehr wünschenswert, dürfte aber

gewiß unter den gegenwärtigen Verhältnissen auf große Schwierigkeiten stoßen.

Ich erachte es ferner als meine Pflicht, vor der Stellung sogenannter Suggestivfragen überhaupt und insbesondere bei Schwachsinnigen zu warnen, weil die Suggestibilität und Beeinflußbarkeit derartiger Kranken eine ungemein große ist und weil die Antworten zumeist ganz anders lauten, wenn man Verschüchterung, Drohung der Anwendung von Repressalien und Suggestion nach Möglichkeit ausschaltet und den Kranken Gelegenheit gibt, in einfacher, unbeeinflußter Weise die auf ihre inkriminierten Handlungen Bezug habenden Verhältnisse und stattgefundenen Einflüsse zu schildern, oder die in schlichter Form gestellten unverfänglichen Fragen ebenso zu beantworten. Auch empfiehlt es sich, mit der größten Unbefangenheit und ohne jede Voreingenommenheit an derartige Fälle heranzutreten und sich nicht auf Grund der Aktenlage zu einem voreiligen Urteile verleiten zu lassen, da darunter die Objektivität in hohem Grade leidet, die bei der Beurteilung forensisch-psychiatrischer Fälle überhaupt und insbesondere solcher, die Imbezille betreffen, mitunter von der größten Bedeutung sein kann.

Daß die Zeugenaussagen Schwachsinniger mit der größten Vorsicht aufzunehmen und zu verwerten sind, bedarf keiner besonderen Begründung, wenn man erwägt, daß für sie Oberflächlichkeit und Unzuverlässigkeit der Beobachtung, geringe Merkfähigkeit, Mangelhaftigkeit der Reproduktionstreue und sehr häufig auch Neigung zu Lüge und phantastischer Ausschmückung tatsächlicher Begebenheiten in hohem Grade charakteristisch sind.

Indem ich mir für den moralischen Schwachsinn das nächste Kapitel reserviere, führe ich im nachstehenden zwei Krankengeschichten an, die in recht anschaulicher Weise die beiden Formen der Imbezillität erkennen lassen:

1. Infanterist A. K., 23 Jahre alt, ist erblich belastet, indem je ein Cousin des Großvaters und Vaters geistesgestört waren und ein Onkel an Epilepsie gelitten hat. Er kam als Siebenmonat-Kind zur Welt, machte in frühester Kindheit Fraisen durch, blieb in der körperlichen Entwicklung zurück und fiel schon in der Jugend durch Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Stimmungsschwankungen und Gedächtnisschwäche auf; Ermahnungen und Strafen hatten keinen Erfolg. Er absolvierte Volks-, Bürger- und Handelsschule, lernte aber schlecht und mit großer Mühe, kam dann in Stellung, hielt es aber nirgends aus.

Im Jahre 1901 zur aktiven Dienstleistung eingerückt, erhielt er während seiner Dienstzeit 16 Disziplinarstrafen wegen Nachlässigkeit, Nichtbefolgung

von Befehlen, Frechheit und Faulheit; wegen des Verbrechens der Subordinationsverletzung wurde er gerichtlich mit fünf Monaten schweren Kerkers bestraft. Da er seinen Vorgesetzten und Kameraden geistig nicht vollwertig erschien — er war jähzornig, streitsüchtig, frech, lachte und gestikulierte häufig ohne Grund und führte Selbstgespräche, war dann wieder niedergedrückt und apathisch — wurde er zweimal dem Garnisonsspitale Nr. . . in . . . zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben; man erklärte ihn zwar für ein sittlich tiefstehendes, minderwertiges Individuum, jedoch für diensttauglich.

Im Jänner 1904 wies er den an ihn ergangenen Befehl, scharfe Munition auf die Schießstätte zu tragen, in frecher Weise mit der Bemerkung zurück, es gingen genug Rekruten hinaus, er trage keine Munition — und beschuldigte gleichzeitig einen Gefreiten, ihm eine Bluse gestohlen zu haben, was sich jedoch als unwahr herausstellte. Da die Eltern bei Gericht den seit Kindheit abnormen Geisteszustand ihres Sohnes geltend machten und auch dem Untersuchungsrichter sein Benehmen auffiel, wurde er dem Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien zur neuerlichen Beobachtung übergeben. Hier zeigte er ein sehr labiles Verhalten, war tagelang ruhig, apathisch, zog sich von den Mitpatienten zurück, gab auf Fragen nur ungenügende Antworten; zeitweise war er wieder sehr lebhaft, gesprächig, reizbar, bezog harmlose Äußerungen auf sich, kam dann in Erregung, remonstrierte in frecher Weise und wurde sogar aggressiv; zu solchen Zeiten verriet er auch eine gewisse Selbstüberhebung, prahlte mit seinem Besitz, — der in Wirklichkeit nur einen geringen Hausanteil ausmacht, — und geriet dabei ins Fabulieren. Bei den Visiten zog er häufig einen Zettel aus der Tasche, auf dem alle möglichen »Stichwörter« verzeichnet waren, »an die er immer denken« müsse. — Bei der Intelligenzprüfung konnte ein erheblicher Defekt konstatiert werden. Er zeigte eine geradezu verblüffende Unkenntnis militärischer Verhältnisse, war kaum imstande, die einfachsten Rechenaufgaben zu lösen und hatte keine Ahnung von der Verzinsung eines Kapitals, trotzdem er die Handelsschule absolviert hatte.

Die körperliche Untersuchung ergab eine Summe von Degenerationszeichen: Hinterhauptsstufe, Knochendepression zwischen Stirne und Scheitel, stark vorspringende Orbitalränder, verbildete rechte Ohrmuschel, Darwinscher Knoten am linken Ohre, hoher steiler Gaumen, exzentrisch gelegene Pupillen, ferner Steigerung der tiefen Reflexe mit beiderseitigem Patellarklonus.

Das Gutachten lautete dahin, daß der Untersuchte an angeborenem Schwachsinn (Imbezillität) höheren Grades leidet, des Gebrauches der Vernunft dauernd beraubt, nicht militärdiensttauglich und auch nicht dispositionsfähig ist. Er wurde unter Kuratel gestellt und seinen Angehörigen in häusliche Pflege übergeben.*)

2. Infanterist A. B., geb. 1876, topographischer Zeichner, wurde im Jahre 1896 freiwillig assentiert und noch im selben Jahre vom Garnisonsgerichte wegen Diebstahls, eigenmächtiger Entfernung und leichtsinnigen

*) In diesem Falle dürfte ein Teil der konstatierten Symptome, vor allem die fortschreitende geistige Abschwächung darauf zurückzuführen sein, daß zu der angeborenen Imbezillität wahrscheinlich noch eine Dementia praecox hinzugekommen ist — eine keineswegs seltene Kombination! —

Schuldenmachens mit 4 Wochen Kerker bestraft. Über Bitte seines Vaters erfolgte sodann seine Transferierung zu einer anderen Kompagnie in Sarajevo, wo er als Schreiber verwendet wurde.

Am 19. Juni 1897 eignete er sich den Betrag von 20 fl. an, indem er eine für einen Offizier bestimmte Postanweisung mit dem Namen desselben fertigte und das Geld behob, vergeudete einen Teil des letzteren in der folgenden Nacht und fuhr in einer einem Kameraden entlockten Bluse über Budapest nach Wien. Hier nähte er sich die Gefreitendistinktion auf, wurde im Hause einer Tante von seinem Vater übernommen und behufs Selbstmeldung in die Kaserne geführt. Vor derselben entlief er jedoch, trieb sich nun in der Umgebung von Wien herum, beging vielfache Betrügereien, machte Zechschulden, entäußerte sich seiner Monturstücke, die er teils versetzte, teils weglegte, wurde schließlich arretiert und dem Garnisonsarreste übergeben. Wegen Verdachtes auf Geistesstörung wurde er am 11. Oktober 1897 dem Garnisonsspitale Nr. 1 überbracht

Die gepflogenen Erhebungen ergaben folgende Anamnese: Keine nachweisbare hereditäre Belastung. Patient kam mit einem »unförmlich großen Kopfe« zur Welt, litt nach Aussage des Hausarztes an »chronischem Hydrozephalus, Rhachitis und wiederholt auch an Fraisen« und waren die Fontanellen noch im vierten Lebensjahre nicht vollkommen geschlossen. In der Folge machte er eine Scharlacherkrankung mit mehrtägiger Bewußtlosigkeit und Wassersucht durch und konnte bis zum zwölften Jahre den Stuhl nicht halten. Er war überhaupt sehr unrein, beschmutzte wiederholt seine Lehrbücher, Hefte, Kleider und Leibeswäsche mit Kot, zerriß und zerschnitt seine Bücher, die Röcke der Mutter, zündete einmal unter dem Bette Papier an, spielte überhaupt viel mit Feuer, spuckte auf den Fußboden, an die Wand, fuhr einmal mit dem glühend gemachten Feuerhaken auf den Möbeln herum und mußte beständig überwacht werden. Er änderte sich auch nicht, als er älter wurde. Mit 16 Jahren urinierte er mehrmals in die Trinkgläser und behauptete, daß dies ein »Destillat« sei. Der Realschuldirektor schildert ihn in sehr bezeichnender Weise als einen Schüler, der »durch unmotivierte Störungen beim Unterrichte zu viel Klagen Anlaß gegeben und wiederholt Disziplinarstrafen erhalten hat, insbesondere wegen unbegründeten Störens des Unterrichtes, Nichtbringung von Aufgaben und völliger Gleichgültigkeit gegen Anordnungen«. Da »alle Ermahnungen und Strafen an ihm erfolglos blieben und er den Eindruck machte, als sei er zu willensschwach, um seinem Hange zu Unbotmäßigkeiten zu widerstehen«, so wurde er nach der zweiten Klasse aus der Schule ausgeschlossen. Im Alter von 15 Jahren entwich er zum erstenmale aus dem Elternhause und fuhr von Wien nach Salzburg. In der Folge wiederholte er dies 6 bis 8mal und war »weder durch Versprechungen noch durch strenge Maßregeln davon abzubringen«. Daneben hatte er eine unbezwingliche Neigung, Theater zu besuchen, zu welchem Zwecke er 5 bis 6 Sitze kaufte, die er dann bis auf einen an fremde Leute vor dem Theater weitergab. Der Vorstellung widmete er aber keine besondere Beachtung, sondern hielt sich viel unter den Sitzen auf und klaubte Tramwaykarten zusammen. Manchmal war er tagelang wortkarg, verkehrte mit niemandem, weinte zeitweise ohne Grund, zu anderen Zeiten war er wieder »sehr gesellschaftlich und gesprächig«, deklamierte gern und benahm sich

schauspielerhaft. Seine Verschwendung zeigte sich unter anderem darin, daß er für zwecklose Sachen viel Geld ausgab, jeden Monat den Eisenbahnkurier kaufte, in der Buchhandlung alle möglichen Werke abonnierte, ohne sich darüber nachträglich ausweisen zu können usw. Er »litt an Halluzinationen«, indem er öfters erzählte, er habe diese oder jene verstorbene Person gesehen. Einer Frau schilderte er »in grauenerregender Weise« den Todeskampf seiner angeblich an Blutvergiftung verstorbenen Schwester, was jedoch den Tatsachen nicht entsprach. Sein Vater behauptet diesbezüglich, daß er eine derart lebhafte Phantasie hat, »daß er dasjenige glaubt, was er sich einbildet«; er ist weiters der Überzeugung, daß ihm der Unterschied zwischen Erlaubtem und Verbotenem nicht klar ist und sagt schließlich: »Sein ganzes Leben bietet eine Kette von solchen hier nur bruchstückartig angeführten Vorkommnissen«.

Eine Frau, bei welcher B. anfangs 1896 durch beiläufig zwei Monate gewohnt hatte, empfing den Eindruck, als wäre er nicht ganz normal, da er in seiner Stimmung sehr wechselnd war, bald sang und jubelte, verschiedene Szenen aus Theaterstücken und Couplets vortrug, dann wieder völlig grundlos still wurde und eine gedrückte Stimmung zeigte.

Eine andere Frau berichtete, daß ihr B. schon als Kind wegen seines sonderbaren, unsteten Blickes aufgefallen sei, sowie wegen der Hast, mit der er gesprochen habe, wobei er »von einem Gegenstande auf den anderen ohne jeden Zusammenhang übersprang«. Gelegentlich eines Besuches, den er ihr nach seiner Desertion machte, erzählte er, daß ihn ein hoher Offizier wegen seiner Intelligenz und der Kenntnis der französischen Sprache nach Wien mitgenommen und daß er vor einigen Tagen in »Venedig in Wien« ein Kind aus dem Wasser gerettet und dafür 300 fl. erhalten habe. Er schilderte auch »mit beredten Worten, wobei sein Auge unnatürlich vergrößert und feuersprühend war«, seine Gefühle, als er am Christabend auf Posten stand und sich nach dem Elternhause sehnte und begann schließlich derart zu weinen daß auch seinen Zuhörern Tränen in die Augen traten.

Im Spitale bot er während der ganzen Beobachtungszeit im allgemeinen keine besonderen Auffälligkeiten; er klagte nur zeitweise über gestörten Schlaf und Kopfschmerzen, war auch häufig grundlos verstimmt, einmal wieder ausgelassen heiter, doch gab er jederzeit logisch richtige Antworten und ließ sich namentlich zuletzt recht gut zu mechanischen schriftlichen Arbeiten verwenden.

Die ihm zur Last liegenden Delikte gestand er unumwunden ein, doch waren seine Angaben häufig widersprechend und machten nur zum Teil den Eindruck der Glaubwürdigkeit. Als Veranlassung seiner Desertion gab er an es habe ihn plötzlich der unwiderstehliche Drang befallen, davonzufahren. Er habe ursprünglich die Absicht gehabt, sich nur kurz in Wien aufzuhalten und dann wieder zurückzukehren; als er aber gesehen, daß er den Termin (48 Stunden) verpaßt habe, da sei er weiter in Wien und Umgebung geblieben Er habe anfangs gar nicht überlegt, daß er mit seiner Entweichung eine strafbare Handlung begehe, da ein Kamerad bei einem ähnlichen Anlasse straflos ausgegangen sei; später sei er jedoch inne geworden, daß er schwere Bestrafung zu gewärtigen habe. Im übrigen ließen seine Worte eine äußerst naive Lebensauffassung und den Mangel jeder Einsicht in das Ungereimte

und Abnorme seiner bisherigen Führung erkennen, sowie einen ausgesprochenen Intelligenzdefekt erschließen.

Die körperliche Untersuchung ergab — abgesehen von einzelnen Degenerationszeichen — als wichtigsten Befund ein Mißverhältnis zwischen Gesichts- und Hirnschädel zugunsten des letzteren, auf überstandene Rhachitis und Hydrozephalus zurückzuführende Unregelmäßigkeiten der Schädelkonfiguration bei einem horizontalen Umfange von 58 *cm*.

Die Diagnose wurde auf die erethische Form des angeborenen, d. h. in der frühesten Kindheit erworbenen Schwachsinns gestellt, der Genannte bezüglich sämtlicher krimineller Handlungen exkulpiert und an eine Irrenanstalt abgegeben. Er befindet sich auch heute noch in derselben, zeigt keine wesentliche Änderung seines im vorstehenden geschilderten Zustandes und wird nach wie vor zu Kanzleiarbeiten verwendet.

Dieser Fall könnte auch unter die von Kraepelin beschriebenen »krankhaften Lügner und Schwindler« subsumiert werden, umsomehr, als die sogenannte »Pseudologia phantastica«, welche für diese charakteristisch auch hier ziemlich deutlich ausgeprägt ist; mir erscheint jedoch die Diagnose Schwachsinn berechtigter, weil dem Krankheitszustande in dem vorliegenden Falle eine greifbare Entwicklungshemmung zugrunde liegt, die auf den chronischen Hydrozephalus zurückzuführen ist.

4. Der moralische Schwachsinn (Moral insanity).

Ich habe wiederholt die Wahrnehmung machen können, daß in militärärztlich-psychiatrischen Gutachten ziemlich oft von der Diagnose »Moral insanity« Gebrauch gemacht wird. Ohne mich auf die noch immer in Diskussion stehende Frage einlassen zu wollen, ob der »moralische Schwachsinn« oder das »moralische Irresein« als eine selbständige psychische Erkrankungsform aufzufassen ist, möchte ich doch die Notwendigkeit betonen, bei der Stellung dieser Diagnose die größte Vorsicht anzuwenden und sie keineswegs nur auf den Nachweis ethisch-moralischer Defekte zu gründen; denn den letzteren begegnet man namentlich in forensischen Fällen recht häufig, dagegen dürften die Bedingungen, die zu der Stellung der in Rede stehenden Diagnose berechtigen, bei genauer Abwägung der einzelnen Symptome nur selten zu finden sein.

Immerhin müssen wir uns unter den gegenwärtigen Verhältnissen mit diesen genau vertraut machen und den Begriff des moralischen Schwachsinns möglichst scharf abzugrenzen lernen, weil diese Diagnose gerade beim Militär recht häufig in Frage kommt und immer wieder von den Angehörigen aufgeworfen wird namentlich dann, wenn es sich um Offiziere handelt, die wegen ehrenrühriger, gegen die Moral verstoßender Handlungen mit dem Strafgesetze in Konflikt geraten. Aber auch sonst bringen es die eigentümlichen Verhältnisse beim Militär, vor allem die Forderungen strammer Zucht und Ordnung mit sich, daß die mit allfälligen Defekten in ethisch-moralischer Beziehung Behafteten sich leicht militärisch verpönter Handlungen schuldig machen, wo dann auch die Frage eines eventuellen moralischen Schwachsinns akut werden kann.

Bevor ich auf die näheren hier in Betracht kommenden Verhältnisse eingehe, möchte ich besonders hervorheben, daß sich ethische Defekte nicht selten sowohl im Beginne als auch im Verlaufe verschiedener geistiger Erkrankungen finden (progressive

Paralyse, Dementia praecox, Hysterie, Epilepsie, chronischer Alkoholismus, Morphinismus etc.) und daß mit dem Nachweise einer dieser psychischen Störungen auch die Erklärung für den vorhandenen ethischen Defektzustand gegeben ist. Sehr häufig finden sich auch neben ausgesprochener Verkümmerung der sittlichen Gefühle deutliche Ausfallserscheinungen auf intellektuellem Gebiete, weil eben viele Schwachsinnige nicht die Fähigkeit besitzen, ihre stark betonten egoistischen Gefühle zu unterdrücken und sich den höheren altruistischen zu unterordnen; in solchen Fällen bildet der ethische Defekt nur eine Teilerscheinung des Schwachsinns und fällt seine Beurteilung mit jener des letzteren zusammen.

Es gibt aber zweifellos auch Fälle, in denen die vorstehenden Momente fehlen, wo vielmehr schon in früher Kindheit gewisse abnorme Züge in die Erscheinung treten und sich, in dem heranwachsenden Individuum weiter entwickelnd, endlich zu einer erschreckenden Höhe herausbilden, so daß man gelegentlich geneigt sein könnte, an der Menschlichkeit ihres Trägers zu zweifeln.

Derartige Persönlichkeiten fallen schon als Kinder durch ihre Unfolgsamkeit, Bosheit, ihren ganz außergewöhnlichen Trotz, durch Mißhandlungen ihrer Gespielen, Tierquälereien, die sie mit besonderer Rohheit begehen, etc. auf und sind weder durch Güte noch durch Strenge zum Aufgeben dieser Bekundungen ihrer offenbar abnormen Veranlagung zu veranlassen. Die letztere wird namentlich dadurch ersichtlich, daß sich nicht selten die übrigen Geschwister ganz normal entwickeln, während der Betreffende trotz vollkommen gleich liebevoller Behandlung und sehr häufig sogar vermehrter Fürsorge und bester erziehlicher Bestrebungen immer gemütsroher wird, den Eltern und Geschwistern mit brutaler Rücksichtslosigkeit begegnet, ihre Liebe zurückweist, ihre Tränen verlacht und im wahrsten Sinne des Wortes die Geißel der Familie wird.

Je nach dem Milieu, in dem solche Individuen aufwachsen, wird sich der weitere Verlauf verschieden gestalten, immer aber die Neigung zu antisozialen Handlungen, zu Akten von Gemütsrohheit und Brutalität im Vordergrunde stehen.

Es ist begreiflich, daß sie mit diesen Eigenschaften, bar jeder besseren Gefühlsregung, jeder ordentlichen Beschäftigung abhold, ohne Rücksicht auf die Gesellschaftsordnung, Gesetz und

Recht, stets nur auf die Befriedigung ihrer egoistischen Triebe bedacht, sehr bald die Verbrecherlaufbahn betreten müssen. Auf diese Weise gelangen sie in Korrektionshäuser, Gefängnisse, gelegentlich auch in Irrenanstalten, finden sich sofort mit ihresgleichen zusammen, vervollkommnen sich noch im gegenseitigen Verkehre bezüglich der zur Erreichung ihrer kriminellen Neigungen führenden Mittel und Wege und kehren anstatt gebessert, nunmehr als vollkommene Verbrecher in die Gesellschaft zurück.

Rücken derartige Individuen zum Militär ein, was nicht selten über Betreiben ihrer Angehörigen freiwillig und vor der Zeit geschieht, da man sich von der strammen Zucht und Ordnung beim Militär einen günstigen Einfluß auf sie verspricht, so unterdrücken sie gewöhnlich während der ersten Zeit nach Möglichkeit ihre sie beherrschenden Gefühle, wahrscheinlich unter dem Drucke der neuen Verhältnisse und aus einer gewissen Scheu vor dem ungewohnten Regime, verwinden dies jedoch recht bald und lassen sich dann in der ihnen eigenen zügellosen Weise gehen. Subordinationsverletzungen, Widerrede aus Reih und Glied, Gehorsamsverweigerung, tätliche Angriffe auf Vorgesetzte, Alkoholexzesse, Ausbleiben über die Zeit, Desertion und Diebstahl führen sehr bald zu mannigfachen Konflikten mit dem Disziplinar- und Militärstrafgesetze. Jetzt erst erfährt man von ihren Angehörigen, daß sie nirgends gut getan haben und daß man sie deshalb zum Militär gebracht habe.

Sehr häufig wird derartigen Mitteilungen keine besondere Beachtung geschenkt, demgemäß werden auch weitere Erhebungen unterlassen, und in der Überzeugung, daß man es mit gewöhnlicher, nicht krankhafter Verkommenheit zu tun habe, der Betreffende unter strenge Aufsicht gestellt und seiner vermeintlichen Verstocktheit, Widerspenstigkeit und Indolenz durch Strafverschärfungen etc. entgegengewirkt. Zur größten Überraschung bleibt jedoch der gehoffte Erfolg aus; die Leute werden im Gegenteil noch intraitabler, begehen immer schwerere Subordinationsverletzungen und desertieren immer wieder.

In der Strafhaft verblüffen sie durch ihre Frechheit und Rohheit, durch den Zynismus, mit dem sie sich ihrer Menschenwürde vollständig begeben, durch den Mangel jeder Reue über die begangene Tat, durch das Fehlen jeder Einsicht in das Strafbare ihrer Handlungen; sie beschuldigen die Richter der Aktenfälschung, widersetzen sich bei jeder Gelegenheit dem Aufsichts-

personale, intriguieren gegen dasselbe, provozieren gelegentlich arge Exzesse, mißhandeln ihre Kameraden und vergreifen sich nicht selten tätlich an ihrer Umgebung.

Werden sie gelegentlich aus dieser oder jener Ursache dem Spitale zur Beobachtung ihres Geisteszustandes übergeben, so findet man gewöhnlich keine oder keine besonderen Ausfallserscheinungen auf intellektuellem Gebiete, auch sonst keine Zeichen einer Geistesstörung im engeren Sinne und so kommt es gar nicht selten, daß man sie wohl für psychisch minderwertig, aber noch diensttauglich hält, oder aber, indem man vor allem den ethischen Defekten Rechnung trägt, auf moralischen Schwachsinn erkennt, ohne jedoch diese Diagnose noch weiter zu begründen und noch andere für dieselbe wichtige Momente in Betracht zu ziehen.

Aber gerade auf diese anderen Momente kommt es hiebei wesentlich an, denn ein Mangel oder Verkümmerung ethischer Gefühle kann auch bei einem sonst normalen, jedoch verkommenen Individuum zu finden sein, bei dem ein solcher Defektzustand nur die Folge äußerer ungünstiger Einflüsse (Milieu, mangelhafte oder fehlende Erziehung, Verkehr mit Verbrechern etc.) ist.

Zu den hier in Betracht kommenden näheren Umständen gehört vor allem die erbliche Belastung.

Unter derselben versteht man die durch die Erfahrung erwiesene Tatsache, daß sich sehr häufig krankhafte Störungen in der Aszendenz auf die Deszendenz zu vererben pflegen, und zwar insbesondere solche im Bereiche der psychisch-nervösen Sphäre. Indem ich bezüglich der näheren Details auf die verschiedenen Lehrbücher der Psychiatrie verweise, möchte ich nur in Kürze anführen, daß die in Rede stehenden Verhältnisse im allgemeinen sehr verwickelter Natur sind und daß man mitunter über Wahrscheinlichkeiten und Möglichkeiten nicht hinauskommt.

Selbstverständlich kann die Tatsache, daß der Vater, die Mutter oder ein näheres Mitglied der Familie an einer Geistesstörung, an psychopathischen, nervösen oder sonstigen hier in Betracht kommenden Zuständen gelitten hat, oder daß mehrere Mitglieder der Familie mit derartigen Zuständen behaftet waren, als ein strikter Beweis für die Annahme einer erblichen Belastung in forensischen Fällen nicht genügen, wenn nicht auch der Nachweis erbracht werden kann, daß das betreffende, auf seinen Geisteszustand zu untersuchende Individuum jene objektiven

Zeichen erkennen läßt, welche gemeiniglich der Ausdruck der erblichen Belastung sind und die im 2. Kapitel des näheren beschrieben wurden; denn die Belastung erstreckt sich keineswegs unter allen Umständen auf sämtliche Nachkommen; es können vielmehr einzelne Mitglieder vollkommen gesund sein, während andere wieder schwere Zeichen derselben aufweisen. Auch ist die Kenntnis wichtig, daß sich die Belastung gelegentlich in den Enkeln zeigt, während die Kinder gesund sind, daß sie von einer Seitenlinie übergreifen kann (kollaterale Belastung) etc.

Überdies muß man noch zwischen den anatomischen und psychisch-nervösen Zeichen unterscheiden; denn die ersteren werden häufig unter ganz unverfänglichen Verhältnissen gefunden, kommen vereinzelt fast bei jedem Menschen vor und können daher nur dann eine wesentlichere aber nicht ausschlaggebende Bedeutung beanspruchen, wenn sie in größerer Zahl bei einem Individuum vorkommen, oder wenn sie schwerere Grade der körperlichen Degeneration bekunden.

Ungleich wichtiger sind dagegen die psychisch-nervösen Stigmata, da diese von Haus aus auf eine abnorme Organisation im Bereiche des Zentralnervensystems hinweisen und viel überzeugender den Einfluß der hereditären (psychischen) Belastung auf die betreffende Persönlichkeit dartun.

Was nun die bei der Aszendenz diesbezüglich in Frage kommenden Verhältnisse betrifft, so führen in erster Linie Erkrankungen des Zentralnervensystems, vor allem Geistesstörungen zur erblichen Belastung; aber auch Charakteranomalien, Alcoholismus chronicus, hereditäre Luës, Selbstmorde oder Selbstmordversuche, die ohne bekannten Grund verübt werden, uneheliche Geburt usw. müssen hier genannt werden.

Neben dem Nachweise der hereditären Belastung müssen demnach bei dem Untersuchten auch die für diese charakteristischen Stigmata, und zwar vor allem die psychischen gefunden werden, um auf eine krankhafte Veranlagung schließen zu können.

Außerdem gehört zu der Diagnose »moralischer Schwachsinn« einerseits die Berücksichtigung des Umstandes, ob die nachgewiesenen ethischen Defekte — wie dies schon früher erwähnt wurde — nicht Teilerscheinung einer anderen psychischen Erkrankung, speziell des intellektuellen Schwachsinns sind, andererseits der Nachweis, daß sich dieser Defekt schon in früher Kindheit gezeigt hat, somit aller Wahrscheinlichkeit nach ange-

boren ist und trotz fortgesetzter entsprechender Erziehungsversuche und Fernhaltung sonstiger schädigender Einflüsse, einer Abschwächung, beziehungsweise Besserung nicht zuzuführen war. Dabei gebührt der Schilderung des bisherigen Lebenslaufes, der stets wiederkehrenden Konflikte etc., eine besondere Bedeutung.

Insbesondere wird aber der Schwerpunkt darauf zu legen sein, daß sich bei dem Untersuchten jene psychischen Symptome finden lassen, die erfahrungsgemäß für einen höheren Grad hereditärer Belastung sprechen, das sind vor allem Anomalien des Trieblebens, insbesondere des Geschlechtstriebes, abnorme Reaktion auf verschiedene Reize (Neigung zu pathologischen Affekten, Alkoholintoleranz etc), erhöhte Disposition zum Auftreten nervöser oder psychischer Erkrankungen (Fraisen, Chorea, Fieberdelirien, Epilepsie, Hysterie, Psychosen), schließlich gewisse Eigentümlichkeiten, die sich bei schwerer belasteten Persönlichkeiten durch ihr sprunghaftes, unstetes, vielfach unverständliches, widerspruchsvolles Verhalten, ihre Schrullen und Passionen, Zwangsvorstellungen, impulsiven Handlungen etc. äußern.

Selbstverständlich berechtigt der im Sinne der soeben aufgestellten Forderungen erbrachte Nachweis eines moralischen Schwachsinns zu dem Ausspruche, daß bei dem betreffenden Individuum die Bedingungen des § 3 lit. *a)*, beziehungsweise § 5 lit *a)* des Militärstrafgesetzes gegeben sind und daß sich derselbe zum Militärdienst nicht eignet.

Im nachstehenden führe ich einen Fall an, in welchem die Diagnose moralischer Schwachsinn (Moral insanity) berechtigt erscheint, trotzdem derselbe infolge mangelhafter Kenntnis der allgemeinen Anamnese und insbesondere des Verhaltens des Betreffenden in seiner Kindheit als lückenhaft bezeichnet werden muß.

T. C., 1879 geboren, ältester Sohn eines ehrenwerten Beamten, hat vier gesunde Geschwister, war stets im Elternhause und hat eine gute Erziehung genossen. Nerven- oder Geisteskrankheiten kamen sonst in der Familie nicht vor, nur soll die Mutter »nervös« sein.

Er selbst war stets ein Schwächling, in der Kindheit oft krank, besuchte vom 6. bis zum 14. Lebensjahre die Normalschule, repetierte die vierte Klasse und fiel in der ersten Realschulklasse durch. Schon damals ließ er niemanden in Ruhe, schlug seine Kameraden grundlos, sprach davon, daß er ein Herr werden wolle, nichts arbeiten werde, entlief wiederholt vom Hause und wurde einmal von dem Hunde seines Vaters in Laub eingewühlt gefunden, worauf er den Hund erschoß. Bereits in seinem 14. Lebensjahre (1893) wurde er wegen Diebstahls von Weintrauben, boshafter Beschädigung fremden Eigentums

durch Brandlegung gerichtlich bestraft, worauf schon 1894 seine abermalige gerichtliche Bestrafung erfolgte, da er einem Manne eine Taschenuhr entrissen hatte. Der Vater richtete damals eine Eingabe an das Gericht, in der er seinen Zweifeln an der Normalität seines Sohnes Ausdruck gab. Er hob das Widerspruchsvolle der Handlungen, das oft verstörte Wesen, die Neigung auf Dächern herumzusteigen hervor und betonte, daß die Geisteskräfte seines Sohnes hinter denen seiner Altersgenossen weit zurückstehen. Im selben Jahre entwendete C. eine Uhr aus einem versperrten Stalle, wurde mit vier Wochen Arrest bestraft und sodann der Korrektionsanstalt in M. übergeben, wo er 18 Monate verblieb.

Beim Schneiderhandwerke, das er dann hätte lernen sollen, hielt er es nicht aus, kam in verschiedenen Städten herum und wurde in seiner Leumundnote als arbeitsscheu, gewalttätig und roh beschrieben.

Mit seinem Vater lebte er in stetem Zwiste, benahm sich gegen denselben äußerst brutal, bedrohte ihn wiederholt: »Warte, Hund, ich werde Dich umbringen und Dir das Haus anzünden«, ging mit der Hacke gegen ihn los, so daß polizeiliche Intervention notwendig wurde (1897). Im selben Jahre wurde er wegen des Verbrechens der öffentlichen Gewalttätigkeit mit 8 Monaten Kerker bestraft, wiewohl er angegeben hatte, er sei betrunken gewesen und wisse von nichts.

Im Mai 1898 ließ er sich freiwillig assentieren, entfernte sich jedoch bereits am dritten Tage von der Kompagnie, wofür er im Disziplinarwege bestraft wurde. Am 28. Juni 1898 entwich er aus der Kaserne, warf seine Bluse weg, stahl einem Feldarbeiter einen Rock, wurde bei seiner Anhaltung aggressiv, bedrohte seine Umgebung mit Stock und Messer. Er gab an, aus Verzweiflung über schlechte Behandlung entwichen zu sein und erklärte beim ordentlichen Verhöre, daß er sich seiner Dienstpflicht nicht habe entziehen wollen, sondern bloß einer plötzlichen Eingebung gefolgt sei. Zu zwei Monaten Kerker und zum Nachdienen eines Jahres verurteilt, hielt er es nach Abbüßung dieser Strafe bis Herbst 1899 bei der Kompagnie aus und desertierte am 7. September neuerdings. Er hätte eine Disziplinarstrafe antreten sollen, entfernte sich unter dem Vorwande, einem Kameraden den Koffer zur Bahn zu tragen, fuhr nach M., stahl seinem Vater Zivilkleider und fünf Gulden, trieb sich in verschiedenen Städten Kärntens und Tirols herum, kam auch nach Venedig, wurde schließlich in G. arretiert und wegen eingestandenen Verbrechens der Desertion zu fünf Monaten Kerker und zum Nachdienen eines weiteren Jahres verurteilt. Nach seiner am 21. April 1900 erfolgten Entlassung aus der Haft erhielt er bis zum November einige Disziplinarstrafen. Am 18. November sollte er abermals in Arrest gesetzt werden, benahm sich aber dabei außerordentlich renitent, befolgte keinen Befehl, auch nicht den des Inspektionsoffiziers, kratzte, biß, schimpfte in gröbster Weise, drohte mit dem Erstechen und konnte nur mit Mühe gebändigt werden. Der herbeigerufene Arzt konstatierte bei ihm eine hochgradige Aufregung, sonst keinen wesentlichen Befund, speziell keinerlei Zeichen von Trunkenheit. Beim Verhöre gestand er alles bis auf die kleinsten Details, gab aber an, betrunken gewesen zu sein. Zu 11 Monaten Kerker verurteilt, wurde er um Revision des Strafverfahrens bittlich, doch wurde das erstrichterliche Urteil bestätigt.

Am 16. Februar schlich er nach der Retraite aus der Kaserne, entwendete in einem Wirtshause eine Anzahl Biermarken, wurde von einem Feldwebel angehalten, widersetzte sich jedoch der Arretierung und bedrohte ihn mit dem Bajonette, indem er rief: »Lassen Sie mich in Ruhe, sonst sind Sie gleich tot; Sie werden ohnedies heute kalt daliegen«. Mit Hilfe von Wachleuten in die Kaserne gebracht, entwich er am nächsten Tage und wurde erst am 24. Mai 1902 in C. aufgegriffen, nachdem er sich aus einem Wirtshause ohne die Zeche zu bezahlen entfernt hatte. Beim Verhöre erklärte er, er hätte keinen Grund zu seinen Entweichungen gehabt, er sei seit 6 Jahren unnatürlich aufgeregt, begehe Handlungen, von denen er sich später keine Rechenschaft geben könne. Im übrigen gab er die Details seiner Entweichung und seinen weiteren Verbleib genau an und erklärte schließlich, daß er nach Amerika habe gehen wollen.

Da er im Garnisonsarreste vielfach ein auffälliges Benehmen an den Tag legte, indem er stundenlang teilnahmslos in der Zelle stand, dann wieder sang und pfiff, sich äußerte, »Ihr werdet trotzdem mit mir nichts ausrichten«, durch mehrere Tage die Nahrungsaufnahme verweigerte, erfolgte am 25. Oktober 1902 seine Abgabe an das Garnisonsspital Nr. . in . . . . zur Beobachtung seines Geisteszustandes. Im allgemeinen ruhig, ablehnend, antwortete er sehr unvollständig und zögernd und begleitete seine Auskünfte oft mit ironischem Lächeln. In intellektueller Beziehung ließ sich kein wesentlicher Defekt feststellen, dagegen konnte er über ethische und religiöse Begriffe keine rechte Auskunft geben, sprach mit großer Gleichgültigkeit von seinen Delikten, erklärte, er sei vielfach ungerecht bestraft worden, da man vieles aus Haß gegen ihn vorgebracht habe. Das Gutachten lautete auf moralischen Schwachsinn. Da der Untersuchungsrichter die Einholung des Gutachtens des Militär-Sanitätskomitees erbat, wurde C. am 20. April 1903 dem Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien zur neuerlichen Untersuchung übergeben. Hier konnten weder an dem Manne wesentlichere anatomische Degenerationszeichen, noch ein irgendwie belangreicher Intelligenzdefekt konstatiert werden. Dagegen war die Gleichgültigkeit und Affektlosigkeit bei Darstellung seiner Delikte, der Mangel jedes Scham- und Ehrgefühls, seine Arbeitsscheu, gemütliche Stumpfheit und die mangelhafte Einsicht in seine persönlichen Eigenschaften auffallend. Sein exzessives Verhalten dem Vater gegenüber erklärte er durch seine große Reizbarkeit, die schon seit der Kindheit bei ihm bestehe und die ihn nach dem Grundsatze: »Wie Du mir, so ich Dir« veranlasse, gegen jedermann loszugehen, der ihm hinderlich in den Weg trete. Er habe viel getrunken, sei oft berauscht gewesen; seit dem 16. Lebensjahre pflege er normalen geschlechtlichen Umgang. Der Grund, daß seine Geschwister stets brav waren und nie einen Anstand gehabt haben, sei darin gelegen, daß sie »anders« als er seien. In dem Gutachten des Militär-Sanitätskomitees wurde die in erster Instanz gestellte Diagnose bestätigt und unter anderem ausgeführt: »Der Untersuchte stammt aus achtbarer Familie, seine Geschwister, die mit ihm unter den gleichen Einflüssen aufwuchsen, sind normal, bei ihm dagegen zeigten sich bereits in frühester Jugend antisoziale Neigungen (Arbeitsscheu, Mangel an Kindesliebe, Rohheit, Jähzorn, etc.), auf welche zahllose Strafen ohne jeden bessernden oder abschreckenden Einfluß blieben. Die Gleichgültigkeit und Affektlosigkeit bei der Darstellung seiner Delikte, die mangel-

hafte Einsicht in seine persönlichen Eigenschaften, indem er sich nur als unschuldiges Opfer der äußeren Verhältnisse darstellt, die ununterbrochene Kette von Delikten, die Neigung zum Auftreten sehr heftiger Affektzustände, das Fehlen jedes Schamgefühles, die kindliche Naivität, mit der er sich eine Änderung seiner Persönlichkeit durch Änderung seiner Verhältnisse erhofft usw., führen in vollständiger und lückenloser Weise zu der von den Sachverstandigen seinerzeit gestellten Diagnose der Moral insanity.«

In einem zweiten Falle, den ich hier anschließe, liegen mit Bestimmtheit hereditäre Belastung, eine ganze Auslese von Degenerationszeichen, schon frühzeitig in die Erscheinung getretene ethische Defekte bei dauernd gut erhaltener Intelligenz vor.

F. M., 1885 geboren, ist hereditär belastet, indem in der Familie seines Vaters mehrere Fälle von Geistesstörung vorgekommen sind; die Mutter ist überdies nervös. Patient war im 1. Jahre »schwer« krank und überstand im 7. Lebensjahre eine Krankheit, die mit mehrtägigem hohen Fieber und Dilirien einherging und vom behandelnden Arzte als Gehirnhautentzündung angesprochen wurde. Bis zum 14. Jahre litt er an Bettnässen. Bereits in früher Kindheit fiel er durch eine bedeutende Schwerfälligkeit im Auffassen auf und erschien nach seiner Erkrankung im 7. Lebensjahre den Eltern verändert. Er widersprach oft, lehnte sich gegen ihre Anordnungen auf, war äußerst reizbar und heftig; dabei klagte er öfters über Kopfschmerzen. Seit seinem 12. Jahre ließ er sich oft Tätlichkeiten gegen Eltern und Geschwister zuschulden kommen und vereitelte auf solche Weise ihm zugedachte Züchtigungen; auch belegte er gelegentlich seine nächsten Angehörigen mit den gemeinsten Schimpfworten. Während er sich bis dahin nur zu Hause unbotmäßig gezeigt hatte, liefen im Schuljahre 1901—1902 auch diesbezügliche Klagen seiner Lehrer ein. Seiner Familie gegenüber kam es zu immer heftigeren Wutparoxysmen, die oft in tätliche Angriffe auf Eltern und Geschwister ausarteten. Da er gefährliche Drohgenun ausstieß, wurde er im November 1901 aus dem Elternhause gegeben, doch erzwang er sich bald die Rückkehr in dasselbe, indem er mit Selbstmord drohte. Er wurde nun der Tyrann der Familie, die er in der unglaublichsten Weise terrorisierte und kommandierte. Fast täglich brach er Skandale vom Zaun, stieß die gemeinsten, unflätigsten Schimpfworte gegen Vater und Mutter aus, drohte, denselben ein Messer in den Bauch zu stoßen, sie niederzustechen u. dgl. Er glaubte sich ungerechtfertigterweise überall zurückgesetzt und begegnete seiner Umgebung mit dem größten Mißtrauen. Häufig zeigte er sich verstimmt, brütete vor sich hin und weinte ohne Grund; wiederholt äußerte er die Furcht, schwermütig zu werden und in das Irrenhaus zu kommen. Er tat nur das, was er wollte, besuchte z. B. die Schule nur, wenn es ihm beliebte und erwies sich jedem Versuche seiner Angehörigen, an seine Kindesliebe etc. zu appellieren, vollkommen unzugänglich; im Gegenteile, er verhöhnte dieselben bei solchen Anlässen in der brutalsten Weise. Auch seinen Geschwistern stand er völlig fremd, ohne das geringste Gefühl gegenüber und überwachte sie strenge, damit er in keiner Weise zu kurz komme. Da er immer brutaler wurde, gelegentlich Einrichtungsgegenstände zertrümmerte, den Vater ins Gesicht schlug, den Bruder mit dem Rasiermesser bedrohte, wurde er nach einem heftigen Exzeß der

psychiatrischen Klinik übergeben, wo er durch ungefähr zwei Monate verblieb. Nach seiner Entlassung brachten ihn die Eltern über seinen ausgesprochenen Wunsch in eine Militär-Vorbereitungsschule, worauf er nach »sehr gut« bestandener Aufnahmsprüfung in die Kadettenschule aufgenommen wurde.

Hier verhielt er sich im allgemeinen brav, gab zum mindesten zu keinen Klagen Anlaß und hatte gute Studienerfolge aufzuweisen. Als er jedoch nach mehreren Monaten seine Angehörigen aufsuchte, provozierte er sofort wieder einen Exzeß und benahm sich auch in der Folge brutaler denn je. Er betrachtete seine Eltern und Geschwister als minderwertig, nannte seinen Vater einen »schäbigen Zivilisten« und drohte allen mit seiner Rache, wenn er Offizier sein werde — haupsächlich wegen seiner Abgabe an die psychiatrische Klinik. Von seinen Eltern verlangte er rücksichtlos Geld, betrachtete die ihm bei gewissen Anlässen gemachten Geschenke als selbstverständlich, machte sich über die »Schäbigkeit« der Spender lustig, aber bedankte sich nie. Als ihn einmal seine Mutter in der Schule besuchte, machte er ihr eine öffentliche Szene, beschimpfte sie und verwies sie energisch, als sie wegen seines Benehmens in Tränen ausbrach. Nachdem er schließlich immer heftiger wurde, das Bajonett zog und gegen seinen Bruder Drohungen ausstieß, wurde er über Einschreiten seiner Angehörigen dem Garnisonsspitale Nr. 1 zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben.

Hier benahm er sich ruhig und situationsgemäß, zeigte sich jedoch vollkommen einsichtlos für sein unqualifizierbares Benehmen seiner Familie gegenüber. Gelegentlich der diesbezüglichen Befragungen schwieg er entweder, oder er bezeichnete das ihm Vorgehaltene rundweg als Lüge; die Ärzte vielfach mit haßerfülltem Blicke messend, wenn man sein Verhalten einer Kritik unterzog. Beim Besuche seiner Eltern trat er sofort mit egoistischen Forderungen für seine Person hervor, die er in selbstbewußter, verletzender Weise vorbrachte; als ihn sein Bruder in Gegenwart der Ärzte besuchte, geriet er bald in Affekt und bezeichnete alles, was dieser ihm vorhielt, einfach als Lüge.

Bei der körperlichen Untersuchung wurden folgende Degenerationszeichen gefunden: Infantiler Habitus; Kopf extrem dolichozephal; linke Ohrmuschel stärker entwickelt als die rechte, Ohrläppchen angewachsen; deutliche Hinterhauptstufe und Impression am Hinterhaupt; Gaumen sehr schmal und hoch; beide Kiefer, besonders der Oberkiefer in ihren vorderen Anteilen kräftig entwickelt; die Zahnreihen können wegen stärkerer Krümmung der oberen nicht aufeinander gebracht werden etc.

Das Gutachten lautete auf moralischen Schwachsinn höheren Grades, der, auf hereditärer Belastung beruhend, wahrscheinlich durch die im 7. Lebensjahre überstandene zerebrale Erkrankung eine weitere Förderung erfahren haben dürfte.

Wegen seiner Gemeingefährlichkeit wurde der Kranke der Irrenanstalt übergeben und seine Tauglichkeit für den Militärdienst dauernd ausgeschlossen.

5. Die Degenerierten.

Wie ich schon im vorigen Kapitel angedeutet habe, führt die hereditäre Belastung sehr häufig zur Entartung (Degeneration), die sich in den mannigfaltigsten Anomalien des psychischen Verhaltens der einzelnen Individuen und gewöhnlich auch in verschiedenen körperlichen Abnormitäten (Degenerationszeichen) äußern kann. Während die ersteren noch den Gegenstand eingehenderer Behandlung bilden werden, möchte ich bezüglich der letzteren hervorheben, daß sie an sich die psychopathische Veranlagung der betreffenden Persönlichkeit nicht erweisen, wohl aber in forensischen Fällen die Veranlassung abgeben sollen, den Geisteszustand ihres Trägers zu untersuchen. Man darf aber hiebei nicht übersehen, daß einerseits Menschen mit ausgesprochenen körperlichen Degenerationszeichen sich psychisch ganz normal entwickeln und daß andererseits schwerere Grade psychischer Degeneration gelegentlich ohne besondere anatomische Kennzeichen der Entartung einhergehen können. Die hier in Betracht kommenden Verhältnisse sind eben keineswegs so durchsichtig und genügend bekannt, um in jedem Falle zu bestimmten Schlüssen zu berechtigen. Insbesondere ist stets zu berücksichtigen, daß recht oft der Einschlag gesunden Blutes in eine Familie die Wirkung der hereditären Belastung wesentlich abschwächen und mit der Zeit — nach einigen Generationen — wieder ganz verschwinden machen kann, während hingegen »Inzucht« eine rasch fortschreitende Degeneration zu bedingen pflegt, welche, wie Morel gezeigt hat, selbst bis zur Vernichtung solcher Familien führt.

Von großer Wichtigkeit ist die Kenntnis, daß die Degeneration auch erworben werden kann.

Verschiedene Schädlichkeiten, welche das Individuum noch im Mutterleibe, intra partum, in den ersten Kinderjahren und auch später treffen, sind nicht selten die Ursache einer solchen erworbenen Degeneration. Lues, chronische Vergiftungen mit Alkohol,

Morphium etc., oder heftige psychische Alterationen der Mutter während der Gravidität, Traumen der verschiedensten Art, wenn sie das Zentralnervensystem in Mitleidenschaft ziehen, Einflüsse der Erziehung (Milieu, ferner Lues, Alkoholismus, Morphinismus etc.) können diese Folge haben.

Die bei der erworbenen psychischen Degeneration in Betracht kommenden Anomalien haben vielfache Beziehungen zu jenen, welche auf hereditärer Grundlage zustande kommen, und äußern sich hauptsächlich in einer mehr weniger ausgebildeten Charakter- und Willensschwäche, Störungen des Gefühls- und Trieblebens, geringerer Leistungs- und Widerstandsfähigkeit gegenüber den Schädlichkeiten, denen das einzelne Individuum gelegentlich ausgesetzt ist.

Der Einfluß der hereditären Belastung auf psychischem Gebiete kann sich in der verschiedensten Weise äußern. Einerseits können auf ihrem Boden eine Reihe von Psychosen zur Entwicklung kommen (periodische Psychosen, Paranoia, Dementia praecox etc.), andererseits führt sie sehr häufig zu den spezifischen Erscheinungsformen der von *Kraepelin* beschriebenen »originären Krankheitszustände« und »psychopathischen Persönlichkeiten«.

Indem ich auf die klassischen Schilderungen dieser eben genannten Zustände in der neuesten Auflage von *Kraepelins* »Lehrbuch der Psychiatrie« (1904) verweise und diese Kapitel im gegebenen Falle einem eingehenden Studium empfehle, möchte ich hier insbesondere auf jene Fälle aufmerksam machen, welche von *Koch* unter dem Namen »Die psychopathischen Minderwertigkeiten«, von *Magnan* als »Dégénérées supérieurs« beschrieben wurden, weil gerade die Kenntnis dieser für den Militärarzt von großer Wichtigkeit ist.

Es sind dies die »Degenerierten« im eigentlichen Sinne des Wortes, Persönlichkeiten, welche — *ohne geistesgestört zu sein* — doch infolge der hereditären Belastung oder erworbener Degeneration vielfache von der Norm abweichende Züge in ihrem psychischen Verhalten erkennen lassen und die infolge ihrer abnormen Veranlagung weit mehr als der normale Mensch zur Begehung strafbarer Handlungen hinneigen.

Wie ich schon bei der Besprechung des moralischen Schwachsinns angeführt habe, werden sehr häufig psychisch minderwertige, haltlose Individuen, die sich schon in der Kind-

heit oder doch während der Pubertätsentwicklung durch mannigfache Defekte, insbesondere durch den Widerstand, welchen sie allen erziehlichen Einflüssen entgegengesetzt, auffällig gemacht haben, womöglich schon vor der Zeit zum Militär gebracht in der Erwartung, daß man ihnen hier »den Kopf zurechtsetzen« werde. Häufig bitten sie auch selbst um ihre Assentierung, weil sie bei ihrer Abneigung gegen jede ernstere Arbeit und bei ihrer Vorliebe für gewisse Äußerlichkeiten sich zum mindesten von ihrem Eintritte in das Heer eine nicht unangenehme Abwechslung versprechen. Viele werden auch im Wege der allgemeinen Stellung eingereiht.

Nur bei wenigen von ihnen — offenbar den leichteren Fällen — erweist sich der militärische Drill, die Anhaltung zu Gehorsam, strenger Pflichterfüllung und ordentlichem Lebenswandel von Vorteil, wiewohl es auch hier nicht ohne Strafen abzugehen pflegt. Sie akkommodieren sich aber endlich doch, werden mitunter recht brave Soldaten und kehren — in ihrem Innern wesentlich gefestigt — nach Absolvierung der Dienstzeit, wieder in das Zivilverhältnis zurück. Ihr weiteres Verhalten hängt wesentlich von der Umgebung und von der Möglichkeit ab, den vielfachen Verlockungen des Lebens Widerstand zu leisten und vor allem nicht der Trunksucht zu verfallen, in welcher Beziehung die Degenerierten überhaupt sehr gefährdet sind.

In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch entfalten sich gerade unter dem Einflusse der an sie gestellten Anforderungen des militärischen Dienstes ihre bösen Eigenschaften und Triebe in erschreckender Weise, welche dann zu den mannigfachsten Widerwärtigkeiten und Konflikten führen. Der Umstand, daß die militärischen Verhältnisse auf diese Individuen eine entschieden ungünstige Wirkung ausüben, läßt es dringend notwendig erscheinen, sie möglichst bald zu eliminieren; denn ich glaube, daß es die Pflicht der Heeresverwaltung ist, solche Defektmenschen körperlich Kranken oder mit Gebrechen Behafteten gleich zu halten. Im übrigen kann die rasche Ausscheidung derartiger Soldaten nur einen Gewinn bedeuten, wenn man erwägt, daß sich aus ihnen die Ruhestörer, Nörgler und Intriganten rekrutieren, die überall herumschnüffeln und verleumden, mit nichts zufrieden sind, sich über alles beklagen, ohne einzusehen, daß sie selbst den meisten Grund zur Klage geben, die die anderen Kameraden zu Gesetzwidrigkeiten anstiften, durch

ihre Minierarbeit und durch fortgesetzte Verstöße gegen die Subordination und militärische Disziplin die Kameraden durcheinander bringen, die Vorgesetzten zur Verzweiflung treiben. Ihre Abneigung gegen jede ernstere und geregelte Beschäftigung veranlaßt sie sehr häufig zum falschen Marodieren oder mindestens zur schlauen Abwälzung der ihnen aufgetragenen Arbeit auf andere, zu Lüge und Betrug, wenn sie sich dabei nur ihren Vorteil wahren. Sie sind unverläßlich, keck, widersetzlich, provozieren bei jeder Gelegenheit Streit und begehen nicht selten Akte brutalster Heftigkeit, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols, den sie im allgemeinen nicht gut vertragen und auf welchen sie recht oft in pathologischer Weise reagieren.

So kommt es, daß sie immer wieder straffällig werden, Verbrechen auf Verbrechen häufen, aus einem Arrest in den anderen wandern und buchstäblich mitunter jahrelang nur auf dem Papier als zum Stande ihrer Unterabteilung gehörig geführt werden.

Unter dem Einflusse der fortwährenden Bestrafungen, der strengen Anhaltung zur Zucht und Ordnung, die sie sehr schwer empfinden, durch ihre eventuellen Verurteilungen zum Nachdienen weiterer Jahre und der dadurch hervorgerufenen Empfindung gänzlicher Aussichtslosigkeit, aus den Fesseln des Militarismus loszukommen, bemächtigt sich ihrer nicht selten ein Zustand chronischer Gereiztheit, welcher sie offenbar veranlaßt, immer wieder zu desertieren, bei jeder Gelegenheit in der brutalsten Weise gegen ihre Umgebung loszugehen, auf sich und ihren Vorteil nicht die geringste Rücksicht zu nehmen und sich zumeist in ganz ohnmächtigen Zornesausbrüchen zu ergehen. Irgend ein Wort, eine Ausstellung oder Zurechtweisung, auch wenn sie vollkommen berechtigt sind, genügen, um bei ihnen maßlose Affekte mit wüstem Schimpfen, Bedrohungen und selbst tätlichen Angriffen hervorzurufen, welche nicht selten die Charaktere des sogenannten »pathologischen Affektes« an sich tragen. In diesem Verhalten werden sie allerdings durch die allen Degenerierten in hohem Grade eigentümliche Neigung zu affektiven Störungen gefördert, wie ja überhaupt für sie der Mangel eines entsprechenden Verhältnisses zwischen Reiz und Reaktion, welcher fast überall zutage tritt, besonders charakteristisch ist.

Ich habe an der Hand einer großen Reihe von Fällen die Überzeugung gewinnen können, daß der Reizbarkeit dieser Kategorie

von Menschen für gewöhnlich nicht genügend Rechnung getragen wird und daß sich so mancher Konflikt vermeiden ließe, wenn man die Eigenart der Degenerierten im allgemeinen und insbesondere im jeweiligen konkreten Falle einigermaßen berücksichtigen würde.

Es ist als eine erwiesene Tatsache zu betrachten, daß ein großer Teil der Sträflinge sowohl im Zivile als auch beim Militär aus Degenerierten besteht, was bei ihrer besonderen Disposition zur Begehung krimineller Handlungen keineswegs auffallend ist. Es ist nicht minder als Tatsache anzusehen, daß in den militärischen Strafanstalten, die ja für uns in erster Linie in Betracht kommen, sehr häufig Konflikte zwischen dem Aufsichtspersonale und diesen hier in Rede stehenden minderwertigen Elementen vorkommen, welche, wie ich auf Grund meiner Erfahrung behaupten möchte, nicht immer notwendig wären. Weit entfernt davon, vielleicht einer an Schwäche grenzenden Nachsicht das Wort reden zu wollen, die derartigen Individuen gegenüber weder bei der Truppe, noch in der Strafhaft am Platze und nur geeignet wäre, die von ihnen an sich sehr gefährdete Disziplin vollends zu untergraben, glaube ich doch betonen zu sollen, daß in der Behandlung der Degenerierten leicht über das Ziel geschossen wird, so daß so mancher geringfügige Konflikt nicht selten in einen schweren ausartet. Der Grund hiefür liegt nach meiner Ansicht vielfach in der seitens des Aufsichtspersonales zu temperamentvollen Bekundung ihres Machtgefühls und in ihrem sehr häufig ganz überflüssigen provozierenden Verhalten.

Ich will ja ohneweiters zugeben, daß es gegebenen Falles, wenn man es mit einem widerspenstigen, exzessiven Häftling zu tun hat, der ohne besonderen Grund seine Umgebung in der unflätigsten Weise beschimpft und selbst mit Tätlichkeiten droht, schwer fallen mag, Ruhe zu bewahren und sich nicht von seinem eigenen Temperamente fortreißen zu lassen; es sind aber auch jene Fälle nicht selten, wo das Aufsichtspersonale durch sein wenig maßvolles Entgegentreten einem aufgeregten Häftling gegenüber bei diesem *erst* den eigentlichen Affektzustand auslöst.

Ich fühle mich nicht berufen, diesbezüglich ausführliche psychologische und pädagogische Erläuterungen zu geben, glaube aber meine Erfahrungen, die ich in dieser Hinsicht gesammelt habe, nicht verschweigen und die Herren Kameraden darauf aufmerksam machen zu sollen, daß sie sich bei der forensisch-

psychiatrischen Beurteilung solcher Vorkommnisse stets vor Augen halten mögen, daß die Degenerierten im allgemeinen sehr leicht reizbar sind, insbesondere auf scheinbare oder tatsächliche Benachteiligungen ihrer Person sehr heftig reagieren und daß ihre Affekte durch eine unzweckmäßige, animose Behandlung leicht ins Maßlose gesteigert werden können.

Vorsicht ist hiebei umsomehr notwendig, als die Degenerierten, wie auch andere psychisch minderwertige Individuen (Schwachsinnige, Epileptiker, Hysterische etc.) — namentlich wenn sie durch längere Zeit in Untersuchungs- und Strafhaft waren — gelegentlich an vorübergehenden oder auch dauernden psychischen Störungen erkranken können, die unter dem Namen der »Gefängnispsychosen« bekannt und vielfach beschrieben sind. Dieselben können recht verschiedener Art sein, gehen sehr häufig mit Halluzinationen und Wahnideen einher und sind durch ein wichtiges, bei den auf degenerativem Boden zustande kommenden Psychosen überhaupt ziemlich häufiges Merkmal ausgezeichnet, daß sie nämlich recht atypische Formen darzustellen pflegen, somit nicht selten »einem der bekannten Krankheitsbilder der Psychiatrie nicht entsprechen« oder »in keine der bekannten psychischen Erkrankungsformen eingereiht werden können«. Ich betone dies besonders, weil der weniger routinierte Beobachter in einem solchen Falle leicht an Simulation denken und sein Gutachten auf falsche Prämissen aufbauen könnte.

Das Zustandekommen dieser Gefängnispsychosen wird offenbar durch vielfache Momente begünstigt, unter denen ich insbesondere die mit der Untersuchung verbundenen und sonstigen psychischen Alterationen, gewisse Einschränkungen in der Ernährung, im Genusse der frischen Luft und der Bewegung, vor allem aber die Gefangenschaft selbst und insbesondere die Einzel- und Dunkelhaft anführen möchte. Es ist aber selbstverständlich, daß die bei allen vorangeführten Personen vorhandene besondere Neigung (Disposition) zum Auftreten psychischer Erkrankungen an der Entstehung derartiger Gefängnispsychosen den wichtigsten Anteil haben wird.

An dieser Stelle möchte ich auch darauf aufmerksam machen, daß bei Häftlingen gelegentlich Zustände vorkommen können, welche im allgemeinen durch eine hochgradige motorische Erregung mit blindem Wüten (Zerreißen der Montur, Demolieren

der Einrichtungsgegenstände etc.), durch ihre kurze Dauer und das nachträgliche Fehlen, beziehungsweise erhebliche Störungen der Erinnerung gekennzeichnet sind und die, wenn sie nicht überhaupt auf epileptischer Grundlage zustande kommen, so doch eine große Ähnlichkeit mit derartigen Zuständen besitzen und vielfach mit dem Namen »Zuchthausknall« bezeichnet werden.

Von großer Wichtigkeit sind ferner die sogenannten »pathologischen Affektzustände«, die auch unter anderen Verhältnissen vorzukommen pflegen, aber weitaus am häufigsten bei den Degenerierten beobachtet werden. Es kann dies nicht verwundern, wenn man erwägt, daß diese psychisch Minderwertigen überhaupt eine sehr niedrige Reizschwelle besitzen und bei dem Umstande, als sie korrigierenden, beziehungsweise hemmenden Einflüssen viel weniger zugänglich sind als Vollsinnige, ungleich heftiger reagieren als diese und schließlich den Keim zur pathologischen, das heißt von der Norm abweichenden Reaktion stets in sich tragen.

Wenn man bei ihnen von pathologischen Affektzuständen spricht, so meint man gemeiniglich mit diesem Ausdrucke nicht jene fast bei allen Anlässen zutage tretenden teils quantitativ, teils qualitativ obnormen Züge in der Reaktion, sondern einen hochgradigen, die Zeichen des Krankhaften an sich tragenden Erregungszustand, in welchem die Handlungen rein triebartig — unbeeinflußt durch das Selbstbewußtsein der Betreffenden — ablaufen und zumeist einen mehr minder ausgesprochenen Erinnerungsdefekt zur Folge haben.

Die Entscheidung, ob es sich in einem bestimmten Falle noch um einen innerhalb der physiologischen Breite fallenden Affektzustand handelt, oder ob derselbe bereits als pathologisch anzusehen ist, fällt mitunter recht schwer und erfordert immer eine genaue Abwägung der in Betracht kommenden für und wider sprechenden näheren Umstände. Hierher gehören das Aussehen des Inkulpaten zur inkriminierten Zeit (auffallende Blässe des Gesichtes, die aber nicht absolut beweisend ist, verzerrte, das Maßlose der Erregung verratende Züge etc.), sein blindes Wüten, das nicht selten den Stempel des Unzweckmäßigen, Unüberlegten, Impulsiven an sich trägt, das grelle Mißverhältnis zwischen auslösender Ursache und Wirkung, das Verhalten der Erinnerung (völlige oder teilweise Amnesie), die Zeichen höhergradiger Erschöpfung und Ermüdung, der gelegentliche Abschluß durch

einen mehr weniger langen Schlaf, der Ausdruck ungekünstelten Erstaunens und höchster Verwunderung über das nachträglich Gehörte, ferner der Einfluß des allenfalls vorausgegangenen Alkoholgenusses oder sonstiger schädigender Momente (Schädeltraumen, kalorische Einflüsse, sexuelle Erregung etc.) und andere spezielle Verhältnisse, die jeweilig von Belang sein können.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Konstatierung, inwieweit der betreffende Inkulpat an den in Betracht kommenden Vorfall eine Erinnerung besitzt. Selbstverständlich darf seiner Verantwortung, er könne sich an nichts erinnern, nicht ohneweiters Glauben geschenkt, sondern es muß stets die Glaubwürdigkeit seiner Angaben eingehend geprüft werden.

Das Verhalten der Erinnerung kann ein sehr verschiedenes sein: es kann ganz fehlen, lückenhaft vorhanden oder nur unbestimmt (summarische Erinnerung) sein. Bei gut erhaltener Erinnerung ist ein pathologischer Affektzustand auszuschließen.

Die Beurteilung eines Falles gestaltet sich mitunter dadurch besonders schwierig, daß die Angaben des Beschuldigten bezüglich seines Erinnerungsausfalles nicht immer gleich lauten. So kann es vorkommen, daß er unmittelbar nach der Tat oder doch kurze Zeit nach derselben eine ziemlich gute Erinnerung besitzt, dieselbe aber rasch völlig oder teilweise verliert, oder aber, daß die anfangs vollkommen fehlende Erinnerung in Stunden oder Tagen entweder spontan oder dadurch teilweise wiederkehrt, daß dem Inkulpaten die näheren Details der ihm zur Last liegenden Handlungen bekannt werden, wodurch wenigstens eine lückenhafte Reproduktion des gleichsam traumhaft Erlebten ermöglicht wird. Es wäre sehr gefehlt, unter solchen Umständen die Unglaubwürdigkeit der Angaben desselben als erwiesen zu betrachten, denn es kann ein derartiges Verhalten der Erinnerung durchaus den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, wie dies in ähnlicher Weise fast ein jeder aus eigener Erfahrung bezüglich seiner Erinnerung an Erlebnisse im Traume wahrzunehmen Gelegenheit hat. Dagegen werden schwankende oder widersprechende Angaben während eines und desselben Verhörs, beziehungsweise bei der nämlichen Exploration zum mindesten als verdächtig anzusehen sein.

Erstreckt sich der behauptete Erinnerungsdefekt auf eine Zeit zurück, in welcher der Betreffende zweifellos noch zurechnungsfähig, das heißt nach der allgemeinen Sachlage und seinem

ganzen Verhalten noch nicht in einem geistesgestörten Zustande war, so kann es sich hiebei um die sogenannte »retrograde Amnesie« handeln, die umsoweniger bei Simulationsversuchen in Anwendung gebracht werden dürfte, je mehr sie sich auf unverfängliche, mit der inkriminierten Handlung in keinem Zusammenhange stehende Vorkommnisse erstreckt. Auch die retrograde Amnesie kann bezüglich ihrer Ausdehnung gewissen Schwankungen unterworfen sein, wobei gewöhnlich eine Einengung des ursprünglich auf einen größeren Zeitraum sich erstreckenden Erinnerungsausfalles zu erfolgen pflegt.

Während meiner Dienstleistung im Garnisonsspitale Nr. 1 und beim Militärsanitätskomitee habe ich eine große Reihe von Degenerierten kennen gelernt, deren Strafextrakte schier endlos waren, für die nach ihrem bisherigen Verhalten kaum eine Beendigung ihres Militärdienstes in absehbarer Zeit zu gewärtigen war und die fast ihre ganze Dienstzeit mit kurzen Unterbrechungen in Militärgefängnissen zugebracht haben. Unter ihnen befand sich so mancher, der bereits einmal oder auch öfter Gegenstand der Begutachtung seines Geisteszustandes war, aber immer wieder als zurechnungs-, beziehungsweise dienstfähig erklärt wurde.

Der Grund, warum die Diensttauglichkeit der Degenerierten im allgemeinen und auch in speziellen Fällen bis vor kurzem nur selten ärztlicherseits angezweifelt, beziehungsweise nur ab und zu ausgeschlossen wurde, dürfte darin zu suchen sein, daß die psychische Degeneration nicht als Geistesstörung im engeren Sinne anzusehen und daß im Dienstbuche N—1 auf dieselbe nicht Rücksicht genommen ist. Ich habe die persönliche Überzeugung, daß in manchen derartigen Fällen mit der Diagnose moralischer Schwachsinn ein Ausweg gefunden wurde, was aber vom forensischen Standpunkte keineswegs als gleichgültig bezeichnet werden könnte.

Die in diesem und in dem vorigen Kapitel enthaltenen Ausführungen zeigen in eindringlicher Weise, daß Degenerierte recht oft in den Militärverband eingereiht werden und nur selten zu einer halbwegs ersprießlichen Dienstleistung zu verhalten sind. Die meisten erweisen sich alsbald renitent, jedem Zuspruche und allen Korrektionsversuchen auf die Dauer unzugänglich, sie kommen immer wieder in Strafe, verbringen oft viele Jahre in den militärischen Strafanstalten und belasten, um es klar auszusprechen, ganz unnötigerweise durch ihre Erhaltungskosten das

Militärärar; ihre Gegenleistung besteht zumeist nur in Unannehmlichkeiten und Verlegenheiten, die sie ihrer Umgebung und ihren Vorgesetzten bereiten und in dem demoralisierenden Einflusse, den sie auf ihre Kameraden ausüben. Ich glaube daraus ohneweiters den Schluß ableiten zu dürfen, daß sich derartige Individuen für den Militärdienst nicht eignen, demnach als militärdienstuntauglich so rasch als möglich auszuscheiden sind.

Die Frage, in welchen Fällen und unter welchen Kautelen dies zu geschehen hat, ist nicht schwer zu beantworten.

Ausgehend von der in der Einleitung gestellten Forderung, jeden einzelnen zum Militär einrückenden Rekruten über sein Vorleben, hereditäre Verhältnisse und Vorbestrafungen im Zivile zu befragen und namentlich unter der Voraussetzung, daß die letzteren, sowie allenfalls vorgekommene psychische Erkrankungen bei den Stellungspflichtigen und deren Angehörigen in den Assentlisten verzeichnet werden, könnte man alsbald auf einzelne Rekruten aufmerksam werden, bei denen die Annahme einer psychischen Degeneration wahrscheinlich wäre. Diesbezüglich kämen insbesondere wiederholte Vorbestrafungen, eventuell Verbringung in Korrektionshäusern, unsteter, unordentlicher Lebenswandel und der so häufige Wandertrieb, unbegründet kurzer Schulbesuch, sowie namentlich der Umstand in Betracht, daß die Betreffenden bereits schon in irrenärztlicher Beobachtung oder Behandlung gestanden sind oder doch vorübergehende psychische Störungen geboten haben.

Durch sofort einzuleitende Erhebungen könnten vielfach weitere Momente, zum mindesten aber eine Bestätigung der von den Einzelnen selbst gemachten Angaben erhoben werden, so daß eventuell schon nach dem Einlangen dieser Daten weitere Schritte zum Zwecke der Standesbehandlung unternommen werden könnten. Dieselben bestünden in der Spitalsabgabe behufs Konstatierung des Geisteszustandes oder aber in der Ausscheidung wegen überstandener Geistesstörung, falls dieser Umstand einen genügenden Grund für eine solche Verfügung abgibt, was noch zu erwarten steht (I. Teil, pag. 52).

Würden die erhobenen Daten nicht genügend sein, um sie einer eventuellen Standesbehandlung sofort zugrunde legen zu können, so würde man zum mindesten auf das betreffende Individuum besonders aufmerksam gemacht sein und in dem

Falle, als sich irgend welche abnorme Züge bei ihm zeigen sollten, die weiteren Konsequenzen leicht ziehen können.

Jedenfalls sollte in allen von der Art der hier in Betracht kommenden und ähnlichen Fällen und insbesondere, wenn es sich um gerichtsärztliche Untersuchungen handelt, die Anamnese so genau als nur möglich aufgenommen und getrachtet werden, nicht nur über das Vorleben des betreffenden Observanden, sondern auch über dessen Familienverhältnisse genaueste Auskunft zu erhalten.

Unter dieser Voraussetzung und bei einiger Berücksichtigung des in den vorstehenden Zeilen Niedergelegten dürfte es wohl in den meisten Fällen zu vermeiden sein, daß schwerer Degenerierte, wenn sie schon assentiert und eingereiht wurden, länger als unbedingt notwendig im aktiven Dienste belassen werden.

In zweifelhaften, weniger ausgesprochenen Fällen oder in solchen, bei denen die psychische Minderwertigkeit so recht erst beim Militär in die Erscheinung tritt, müßte natürlich zugewartet und das nötige Material gesammelt werden. Bei einiger Sachkenntnis und dem richtigen Verständnisse für die in Betracht kommenden Momente wird sich auch in solchen Fällen das zutreffende Urteil bald finden lassen.

Weitaus schwieriger als die Frage der Diensttauglichkeit liegt jene der Zurechnungsfähigkeit der Degenerierten; denn diese nehmen zum großen Teil das vielumstrittene Grenzgebiet zwischen geistiger Normalität und Anomalie ein. Bei dem Umstande, daß wie überall in der Natur so auch hier fließende Übergänge bestehen, läßt sich diese Frage selbstverständlich immer nur fallweise, in dem einzelnen den Gegenstand der speziellen psychiatrischen Untersuchung bildenden Falle entscheiden, häufig auch da nur mit dem Vorbehalte der subjektiven Auffassung und Bewertung der gegebenen Daten durch den oder die Sachverständigen und innerhalb der dem menschlichen Können vielfach gezogenen Grenzen.

Unter allen Umständen muß die zu begutachtende Persönlichkeit einer genauen psychiatrischen Expertise unterzogen und vor allem eine eingehende Anamnese erhoben werden, bevor zur Beantwortung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit des Inkulpaten im allgemeinen und im konkreten Falle geschritten wird. Nur so ist es möglich, sich vor Irrtümern zu schützen und

der Aufgabe, die an den Sachverständigen gestellt wird, nach Möglichkeit gerecht zu werden.

Unter diesem ausdrücklichen Vorbehalte möchte ich des näheren anführen, daß Degenerierte an sich, das heißt ohne sonstige psychische Störungen, die gegebenen Falles genau zu beschreiben und zu beleuchten sind, und wenn nicht ihre Handlungen durch gewisse, noch zu besprechende Momente beeinflußt wurden, vor dem Strafgesetze nicht als unzurechnungsfähig gelten. Denn sie sind nicht geisteskrank im engeren Sinne, wenn sie auch vermöge ihrer abnormen Veranlagung nicht mehr innerhalb der Breite geistiger Gesundheit fallen.*)

Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß sie vermöge ihrer psychischen Minderwertigkeit unter dem Einflusse verschiedener äußerer Verhältnisse und innerer Impulse (Gefühls- und Triebleben) leicht die Herrschaft über sich verlieren und in einen Zustand geraten können, welcher ihre Zurechnungsfähigkeit entweder ganz aufheben oder doch in bedeutendem Grade beeinträchtigen kann. Hierher gehören die zum Teile schon bei den pathologischen Affektzuständen angeführten Momente: Alkohol, allfällige Affekte, sexuelle Erregung, kalorische Einflüsse etc. und auch die von Magnan beschriebenen »syndromes episodiques«, welche sich in Form verschiedener Zwangsimpulse, unangenehmer Empfindungen, Angstzuständen usw. gelegentlich einstellen können und nicht selten auf ihre Handlungen einen bestimmenden Einfluß nehmen.

Eine besondere Form der Entartung, die das klinische Bild in spezifischer Weise färben kann, wird durch die sogenannte »Pseudologia phantastica« dargestellt. Dieselbe besteht darin, daß die betreffenden Individuen — abgesehen von sonstigen vielfachen Eigentümlichkeiten und abnormen Zügen — eine ganz besondere Produktivität ihrer Phantasie bekunden und häufig Wirklichkeit und Dichtung in ganz untrennbarer Weise miteinander vermengen. Sie werden auch mit dem Namen der »krankhaften Lügner und Schwindler« bezeichnet und verdienen namentlich in forensischer Beziehung vermöge ihrer offenkundig krankhaften Neigung zu Lüge und allen möglichen Betrügereien, die sie mitunter in der gewandtesten und schlauesten Weise ausführen,

*) Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, sind sie jedenfalls die beredtesten Vertreter der immer wiederkehrenden Forderung nach Annahme einer »verminderten Zurechnungsfähigkeit«.

besondere Beachtung. Viele Hochstapler und professionsmäßigen Schwindler dürften ihre antisozialen, kriminellen Tendenzen dieser Art abnormer Veranlagung zu danken haben.

Im nachstehenden führe ich einige Beispiele an, in welchen sich die hier besprochenen Verhältnisse vielfach wiederfinden, aber auch so manche andere vorkommen als ein Beweis, wie mannigfaltig die Erscheinungsformen der Degeneration sind und wie vielgestaltig sich ihre Beziehungen namentlich in forensischer Hinsicht äußern können.

1. F. F., geboren 1874, Buchhalter, Ersatzreserveinfanterist, wurde am 23. Mai 1899 der Beobachtungsabteilung überbracht, da er bei der Präsentierung angegeben hatte, daß er bereits siebenmal in der Irrenanstalt interniert gewesen sei. Die körperliche Untersuchung ergab neuropathischen Habitus, Einwärtsschielen des linken Auges, kammartig vorspringende Hinterhauptsprotuberanz, ferner höhergradige Steigerung der Sehnenreflexe. Zeichen von Geistesstörung konnten nicht nachgewiesen werden. Die in der Irrenanstalt gepflogenen Erhebungen ergaben, daß er tatsächlich siebenmal interniert war, zumeist wegen Selbstmordversuchen, die aber wahrscheinlich den Zweck hatten, durch einige Zeit in der Anstalt verpflegt zu werden, daß er aber nie geistesgestört war. Demgemäß wurde er am 15. Juni 1899 diensttauglich entlassen. Am 30. September 1900 erfolgte seine abermalige Aufnahme auf die Beobachtungsabteilung. Er war am 10. August zur Waffenübung eingerückt, hat am 14. die Kaserne eigenmächtig verlassen, wurde am nächsten Tage berauscht eingebracht und dem Garnisonsspitale wegen Gonorrhöe übergeben, wo er bis 10. September verblieb. Er versah darauf durch 18 Tage seinen Dienst, entfernte sich aber am Tage vor seiner Beurlaubung (!) abermals, irrte zwei Tage planlos in Wien herum, meldete sich am 30. September freiwillig und gab an, an periodisch auftretenden Anfällen zu leiden, während welcher er ganz zwecklos herumirre und nicht recht wisse, was mit ihm sei. Sein Vater sei an einer Geisteskrankheit, eine Tante in der Irrenanstalt gestorben. Es wurde erhoben, daß er eine ziemlich reichliche Schulbildung genossen, seine Anstellungen jedoch stets gewechselt und es zu nichts gebracht, hingegen in seinem Leben die verschiedensten Streiche ausgeführt habe. Während des Spitalsaufenthaltes zeigte er sich wegen seiner besonderen Handschrift sehr gut verwendbar und ließ abermals keine Zeichen einer Geistesstörung im engeren Sinne erkennen. In dem am 28. Oktober 1900 abgegebenen Gutachten wurde seine psychische Minderwertigkeit betont, die Möglichkeit des von ihm behaupteten, ihn zeitweise überfallenden Wandertriebes zugegeben und seine Superabitrierung beantragt. Nach beiläufig zwei Jahren sah ich ihn gelegentlich in einem ganz verwahrlosten Zustande.

2. W. F., geboren 1878. Vater war nervös, hatte angeblich Anfälle und starb vor 4 Jahren; eine ältere Schwester befindet sich in der Irrenanstalt, eine zweite Schwester war vorübergehend in psychiatrischer Behandlung. Er selbst besuchte durch vier Jahre die Volksschule, begann im 13. Jahre ein Wanderleben, schloß sich zuerst einer Künstlertruppe an, wurde dann Kellner, Schiffsjunge, kam nach England, Schweden, Norwegen, Südamerika,

war angeblich 1895 wegen eines Krampfanfalles, an den sich eine 3 Wochen lange Bewußtseinsstörung angeschlossen hatte, durch 8 Monate in der Irrenanstalt in Buenos-Ayres, worauf er geheilt entlassen wurde. Im Jahre 1896 kam er nach Wien, wurde wegen Diebstahlsteilnahme zu 8 Monaten Kerker verurteilt, war dann Agent in Berlin und London. Nach seiner 1899 erfolgten Assentierung ging er abermals nach Amerika, kehrte im Mai 1900 nach Wien zurück und meldete sich freiwillig als Deserteur. Zu seinem Regimente in Begleitung geschickt, desertierte er sofort wieder, wurde schließlich im Oktober 1900 in Wien in Gesellschaft einiger Taschendiebe arretiert und dem Garnisonsarreste übergeben. Am 27. Dezember 1900 wegen frechen Benehmens in Korrektionshaft gesetzt, begann er in der Zelle zu toben und wurde noch am selben Tage der Beobachtungsabteilung übergeben. Bei der körperlichen Untersuchung wurde Assymmetrie des Schädels, ungleiche Facialisinnervation, Insuffizienz des inneren geraden Muskels am linken Auge, auffallend langes Zäpfchen, starke Herabsetzung des Gaumen- und Rachenreflexes, Dermographismus und leichte Skoliose der Wirbelsäule im unteren Teile konstatiert. Während der durchgeführten Beobachtung konnten keine Zeichen einer Geistestörung oder Intelligenzdefekte nachgewiesen werden. Wegen psychischer Minderwertigkeit wurde für mildernde Umstände bei der Beurteilung seiner kriminellen Handlungen plaidirt, im übrigen die Superarbitrierung beantragt.

3. M. K., geboren 1865, seit dem Jahre 1882 wegen Diebstahls, Desertion, schwerer körperlicher Beschädigung siebenmal gerichtlich, überdies 30 mal im Disziplinarwege bestraft, befindet sich seit Jahren in der Militärstrafanstalt. Wegen seiner fortgesetzten kriminellen Handlungen, Unverträglichkeit und Gefährlichkeit muß er in Einzelhaft gehalten werden. Da er den Richter der Aktenfälschung beschuldigte, wurde er am 21. März 1901 dem Spitale zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben. Bei der körperlichen Untersuchung wurde Assymmetrie des Schädels, angewachsene Ohrläppchen, Dermographismus, Tätowierungen und allgemeine Reflexsteigerung konstatiert. Zeichen von Geistesstörung — abgesehen von einem gewissen Grade ethisch-moralischer Verkommenheit und psychischer Degeneration — konnten nicht gefunden werden, speziell keine Anhaltspunkte für Paranoia. Demgemäß wurde seine weitere Straftauglichkeit, da er noch 6 Jahre abzubüßen hat, ausgesprochen.

4. Am 5. Juli 1903 erteilte Oberleutnant M. den Dragonern B. und W. den Befehl, zwei Offiziersreitpferde auf einem bestimmten Platze zu reiten. Sie befolgten jedoch nicht diesen Befehl, sondern machten einen Spazierritt, kehrten unterwegs in zwei Gasthäusern ein, in welchen sie zusammen um 48 Heller Schnaps tranken, fielen am Rückwege beim Springen über einen Graben herab, wobei sich das eine Pferd nicht unerheblich verletzte und kehrten gegen 11 Uhr vormittag nach den Pferden in die Kaserne zurück. Dragoner W. vom Oberleutnant M. zur Rede gestellt, wiederholte den ihm in der Frühe erteilten Befehl in vollkommen korrekter Weise und machte dabei einen durchaus normalen Eindruck; auch der Kurschmied der früher mit W. gesprochen, hatte an ihm keine Zeichen von Trunkenheit wahrgenommen. Als Oberleutnant M. die Abführung der beiden Dragoner in den Arrest angeordnet hatte, rief W. mit erhobener Stimme, er lasse sich nicht einsperren, zog sein Messer aus der Tasche, zückte es gegen den Oberleutnant und schrie,

er werde ihn niederstechen, wenn er ihn einsperren lasse, sowie jeden, der ihn anrühre. Aufgefordert, das Messer einzustecken, trat W. an den Oberleutnant heran und schrie: »Mir ist es ganz Wurst, wenn ich in den Kerker komme, oder am Galgen sterbe, ich will ja in den Garnisonsarrest, aber von Dir lasse ich mich nicht einsperren, überhaupt muß heute einer in K. daran glauben; es ist mir alles eins, ob Du es bist, oder noch ein höherer Kerl.« Oberleutnant M., der keinen Säbel bei sich hatte, herrschte den Dragoner W. energisch an. In dem Momente entriß dieser einem daherkommenden Zugsführer den Säbel, hieb damit herum und schrie, er müsse einen umbringen. Er hieb dabei im Stalle auf eine Standsäule ein und führte auch gegen den Stallwart einen Hieb, welchen derselbe mit dem Urinfänger parierte. Den zufällig vorbeigehenden Kurschmied apostrophierte er mit den Worten: »Kurschmied, Du Lausbub, Dich schickt der Oberleutnant um den Revolver; ja schießt mich nur zusammen!« Indem er das Wort »schießt« fortwährend wiederholte, schlug er mit dem Säbel so auf die Steine, daß das erste Drittel desselben abbrach. Er rannte dann durch den Hof, hieb gegen jeden, der ihm in die Nähe kam, blindlings drauf los, erschlug einen Hund und hieb schließlich gegen den Unteroffizier der Patrouille, welche herbeigeeilt kam, und verletzte diesen am Unterschenkel, trotzdem derselbe den Hieb mit seinem eigenen Säbel pariert hatte. Mit einem flachen Säbelhieb zu Boden gestreckt, wurde er endlich überwältigt und gefesselt, wobei er fort »brüllte«. Er beschimpfte den Wachtmeister und drohte ihm, er werde ihn umbringen, sobald er die 10 Jahre, die er jetzt bekomme, abgesessen habe. Er demolierte hierauf die Arrestzelle, versuchte zu beißen und »brüllte« ohne Unterlaß. Der herbeigerufene Regimentsarzt konstatierte, daß W. nicht betrunken sei, ordnete aber seine Abgabe an das Garnisonsspital zur Beobachtung seines Geisteszustandes an, »denn er benahm sich wie ein Tobsüchtiger, brüllte herum, ließ niemanden in die Nähe und wälzte sich am Boden«. Nach Aussage des Oberleutnant M., ist ihm W. ganz verändert vorgekommen; seine Augen waren eingefallen, das Gesicht fahl, er zitterte an den Händen und hatte Speichel um den Mund. Er habe auf ihn den Eindruck eines Tobsüchtigen gemacht. Auch der Zugsführer berichtete, daß ihm W. nicht normal vorgekommen, da er ganz blaß gewesen sei und ununterbrochen gebrüllt habe.

Beim gerichtlichen Verhöre erklärte W. von dem ganzen Vorfalle nichts zu wissen; ja er behauptete sogar, von dem Momente des Ausreitens aus der Kaserne bis zu jenem, wo er bereits im Spitale zu sich gekommen sei, keine Erinnerung zu besitzen. In dem vom Garnisonsspitale abgegebenen Gutachten wurde dagegen ausgeführt, daß W. zur kritischen Zeit nicht geisteskrank, demnach zurechnungsfähig gewesen und daß seine Verantwortung, er könne sich an nichts erinnern, unglaubwürdig sei.

Anamnestisch wurde erhoben: W's Vater war starker Branntweintrinker, litt an Taboparalyse und starb in der Irrenanstalt im Jahre 1891; ein Geschwisterkind mütterlicherseits, dessen Vater gleichsam an Paralyse gestorben ist, litt an Imbezillität und Alkoholismus und war deshalb durch einige Zeit in der Irrenanstalt interniert. W. selbst kam in der Volksschule nur in die dritte Klasse, da er nichts lernte, häufig die Schule schwänzte und sich in schlechter Gesellschaft herumtrieb. Mit $13^1/_2$ Jahren kam er in die Lehre, entwich jedoch bald; ein anderer Dienstgeber entließ ihn wegen ungebühr-

lichen Benehmens ohne Kündigung; die Mutter schildert ihn als rohen, gewalttätigen Menschen, der sie oft mißhandelt habe. Im Jahre 1892 (15 Jahre alt) wurde er vom Landesgerichte wegen Verbrechens des Diebstahles zu 6 Monaten schweren Kerkers verurteilt, war hierauf durch drei Jahre in der Zwangsarbeitsanstalt und wurde 1899 wegen Verbrechens der öffentlichen Gewalttätigkeit etc. mit 10 Monaten schweren Kerkers bestraft. Er schlug damals in alkoholisiertem Zustande seine Mutter zu Boden, widersetzte sich einem Sicherheitswachmanne tätlich, konnte nur mit Mühe gebändigt werden, gestand unmittelbar darauf am Polizeikommissariate die Tat, behauptete aber bei der Verhandlung, sich an den Vorfall nicht erinnern zu können.

Beim Militär erhielt er mehrere Disziplinarstrafen wegen Trunkenheit außer Dienst, Herumschwärmens und wegen grober Mißhandlung eines Mitgefangenen; 1902 wurde er wegen Verbrechens des Diebstahls, Vergehens der eigenmächtigen Entfernung und Trunkenheit außer Dienst zu 8 Monaten schweren Kerkers verurteilt. Die Kameraden gaben übereinstimmend an, daß er ein äußerst heftiger, gewalttätiger Mann war, mit dem niemand verkehren wollte und daß er, wenn er nur wenig getrunken hatte, beim geringsten Anlasse »rabiat« geworden sei. Auch im Garnisonsspitale Nr. 1, dem er am 27. Februar 1904 zur Beobachtung durch Mitglieder des Militär-Sanitätskomitees übergeben worden war, konnte an ihm eine ganz besondere Neigung zu außerordentlich heftigen Affektzuständen beobachtet, dagegen keine Zeichen einer Geistesstörung im engeren Sinne wahrgenommen werden. Das Militär-Sanitätskomitee erstattete folgendes

Gutachten.

Dragoner F. W. des Dragonerregiments Nr. ... ist hereditär belastet, wurde frühzeitig kriminell, hat auch sonst einen wenig befriedigenden Lebenswandel geführt und dokumentiert sich sowohl dadurch als auch durch eine Reihe von Degenerationszeichen als ein wahrscheinlich infolge von hereditärer Belastung degeneriertes Individuum.

Wie der Strafakt des Landesgerichtes in ..... vom Jahre 1899 zeigt, hat W. bereits damals im alkoholisierten Zustande seine Neigung zur Gewalttätigkeit und Brutalität bewiesen; auch seine Kameraden gaben an, daß er, wenn er einmal einen kleinen Rausch gehabt habe, beim geringsten Anlasse rabiat geworden sei; er sei überdies als lebensgefährlicher Mensch gefürchtet gewesen und habe die anderen terrorisiert. Im Jahre 1901 soll er einmal im trunkenen Zustande exzediert haben und deshalb arretiert worden sein.

Auf Grund dieser anamnestischen Daten kann es nicht wundernehmen, daß W. am kritischen Tage, als ihn Oberleutnant M. zur Rede stellte und schließlich über ihn, sowie über den Dragoner B. die Abführung in den Arrest verfügte, in einen heftigen Affektzustand versetzt wurde, wie solche bei ihm schon wiederholt vorgekommen sind — namentlich wenn er getrunken hatte, was auch in dem vorliegenden Falle zutrifft — und wie solche auch im Garnisonsspitale Nr. 1 ohne alkoholische Grundlage zufolge des beiliegenden Beobachtungsjournales an ihm mehrmals wahrgenommen werden konnten.

W. ist eben ein degeneriertes, daher leicht erregbares Individuum, verliert offenbar im alkoholisierten Zustande den größten Teil der ihm überhaupt

nur in geringem Maße zu Gebote stehenden hemmenden Vorstellungen und wird dann einfach zum Spielball seiner mit elementarer Gewalt losbrechenden Leidenschaften.

Daß es sich bei ihm nicht um einen gewöhnlichen, noch innerhalb der physiologischen Breite fallenden Affektzustand gehandelt hat, das ergibt sich ohneweiters aus den Schilderungen seines Aussehens zur Zeit der Tat, insbesondere aus jener des Oberleutnants M., ferner aus dem triebartigen, jeder Rücksicht gegen sich und seine Umgebung entbehrenden Vorgehen, sowie aus den übrigen von den Tatzeugen angeführten Momenten, welche sein blindes Wüten erweisen, und vor allem aus dem Umstande, daß Dragoner W. einen Erinnerungsdefekt hat, welcher nicht nur den ganzen Exzeß umfaßt, sondern sich auch auf mehrere Stunden vor demselben erstreckt, in welchen er zweifellos seiner Sinne noch mächtig war. Gerade dieser Umstand ist für die Glaubwürdigkeit seiner Angaben so recht beweisend, denn es wäre kaum anzunehmen, daß er bei absichtlicher Simulation die Erinnerung auch für jene Vorkommnisse in Abrede stellen würde, wo er nachgewiesenermaßen seiner bewußt war, zu welcher Zeit er somit weder schwerer berauscht, noch sonst in einem psychischen Ausnahmszustande gewesen sein konnte.

Die Erfahrung lehrt, daß unter krankhaften Verhältnissen, bei Affekt-, Dämmer-, Rauschzuständen etc. mitunter der Erinnerungsdefekt größer sein kann, als ihn der tatsächliche Ausfall oder die Trübung des Bewußtseins bedingen würde, eine Erscheinung, die als retrograde Amnesie beschrieben und bekannt ist.

Nichtsdestoweniger bleibt der Untersuchte bis zum Einsetzen dieses pathologischen Affektzustandes, das ist bis zu dem Momente, wo er sich dem Oberleutnant M. widersetzte, für seine früheren disziplinwidrigen Handlungen verantwortlich: für das Nichtbefolgen des ihm in der Frühe erteilten Befehles am . . . . platze zu reiten, für das Aufsuchen der beiden Wirtshäuser, sowie dafür, daß er wahrscheinlich mit dem ihm anvertrauten Pferde in ungebührlicher Weise umgegangen ist.

Es liegen nämlich weder auf Grund des Untersuchungsaktes, noch auf Grund der im Garnisonsspitale Nr. 1 durchgeführten neuerlichen Beobachtung irgendwelche Anhaltspunkte vor, die Zurechnungsfähigkeit des Untersuchten vor und nach dem pathologischen Affektzustande anzuzweifeln. Für die Dauer desselben jedoch, speziell für die während dieser Zeit von ihm verübten strafbaren Handlungen, muß er im Sinne des § 3 lit. *c)* als unzurechnungsfähig bezeichnet werden.

Dragoner W. wird wegen der bei ihm konstatierten psychischen Degeneration vom Garnisonsspitale Nr. 1 zur Vorstellung vor die k. u. k. Superarbitrierungskommission beantragt und in den nächsten Tagen dem Garnisonsarreste in . . . . . rückübergeben werden.«*)

5. Infanterist (Untersuchungsgefangener) F. F., geboren 1881, stammt, soweit erhoben werden konnte, aus gesunder Familie, litt im ersten Lebens-

---

*) Man könnte diesen Fall auch als einen »pathologischen Rauschzustand« auffassen; mir erscheint jedoch die Annahme eines pathologischen Affektzustandes zutreffender, weil der Mann auch o h n e Alkohol in heftige Erregungszustände gerät und anzunehmen ist, daß bei seiner großen Reizbarkeit

jahre an Fraisen, fiel schon in der Schule durch sein eigentümliches Benehmen auf, indem er zeitweise in so heftige zornmütige Erregung geriet, daß er kaum zu bändigen war, machte im Jahre 1892 »Bauch- und Kopftyphus« durch, seit welcher Zeit sein Jähzorn und seine Reizbarkeit noch zunahmen. Er genießt einen schlechten Leumund, ist als Rauf- und Trunkenbold bekannt, wurde im Zivile wegen Diebstahl, Veruntreuung, Gewalttätigkeit etc. siebenmal gerichtlich bestraft und 1902 auf 10 Jahre abgeschafft. In demselben Jahre zum Militär eingerückt, erhielt er 18 Disziplinarstrafen wegen Frechheit, Nichtbefolgung von Befehlen, Renitenz usw., sowie eine gerichtliche Strafe wegen Subordinationsverletzung und Trunkenheit. Zeichen von geistiger Erkrankung konnten während seiner Dienstzeit nicht beobachtet werden, doch fiel seine Erregbarkeit, Verlogenheit und Gewalttätigkeit besonders nach Alkoholgenuß auf, auch schien er jeder besseren Regung unfähig. Nachdem er sich nach seiner im Jahre 1903 erfolgten militärgerichtlichen Verurteilung äußerst exzessiv benommen und schließlich getobt hatte, kam er in das Garnisonsspital Nr. . . . in . . . . . zur Beobachtung seines Geisteszustandes. Das Gutachten lautete dahin, daß er ein ethisch-moralisch sehr defektes Individuum ist; bezüglich der Diensttauglichkeit des Mannes sprach sich dasselbe jedoch nicht aus.

Am 19. März 1904 benahm er sich gegen den Inspektionsoffizier, welcher ihn wegen seiner mangelhaften Adjustierung vom Kaserntore weggeschickt hatte, frech und unbotmäßig, remonstrierte gegen den Befehl, in den Arrest zu gehen, nahm schließlich mit dem gezogenen Bajonette gegen den Offizier eine drohende Stellung an, erklärte, einen jeden, der sich ihm nähere, zu erstechen, tat es aber doch nicht, als der Offizier mit gezogenem Säbel auf ihn zutrat. In den Arrest gesetzt, beschimpfte er Offiziere und den Profoßen und exzedierte derart, daß ihm Spangen angelegt werden mußten; er drehte jedoch die Schlösser ab, zerriß Montur und Wäsche, verunreinigte den Arrest. Nachträglich behauptete er, daß er sich nur an einen Teil der ihm zur Last liegenden Handlungen erinnern könne und wurde vom Truppenspitale, wohin er unmittelbar nach dem Exzesse gebracht worden war, am 13. April l. J. dem Garnisonsspitale Nr. 1 zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben.

Die körperliche Untersuchung ergab eine Reihe von anatomischen Degenerationszeichen: fliehende Stirne, steil abfallendes Hinterhaupt, steiler, dachartiger Gaumen, angewachsene Ohrläppchen, beträchtliche Herabsetzung der Schmerzempfindung. Während der Beobachtung konnten an ihm im allgemeinen keine Zeichen von Geistesstörung im engeren Sinne konstatiert werden; seine Intelligenz erwies sich als vollkommen entsprechend; dagegen bekundete er bei jeder Gelegenheit einen höheren Grad von Zynismus, mit dem er nicht einmal seine eigene Person verschonte, und eine ganz ungewöhnliche Reizbarkeit, so daß er fast täglich mit seiner Umgebung in Konflikte geriet.

---

der durch die verfügte Abführung in den Arrest hervorgerufene Affekt an sich genügt hat, um einen Zustand pathologischer Erregung zu bedingen. Zweifellos hat aber der vorher genossene Alkohol das Zustandekommen dieser Sinnenverwirrung begünstigt.

Am 3. Mai versteckte er einen aus dem Garten mitgebrachten Stein in dem Nachtkästchen eines anderen Kranken; als dies der Pfleger bemerkte und den Stein entfernte, geriet F. in eine hochgradige Erregung, wies den von seite des Arztes unternommenen Versuch, ihn zu beruhigen, zurück, schrie, er sei kein Narr, er gehe in kein Narrenhaus, ging mit erhobenen Fäusten auf das Pflegepersonale los, drohte, er müsse jemanden erschlagen und mußte schließlich durch eine Hyoszininjektion künstlich zur Ruhe gebracht werden. Am folgenden Tage lag er regungslos im Bette, nahm keinen Anteil an den Vorgängen in seiner Umgebung, starrte die Ärzte verständnislos an, verweigerte die Aufnahme von Speise und Trank. Am nächsten Tage machte er im Beisein zweier Pfleger (!) einen Selbstmordversuch am Abort, indem er das Unterhosenband an der Türklinke befestigte und sich anschickte, dasselbe um den Hals zu legen. Als ihn die Krankenpfleger daran hinderten, schlug er wild um sich, biß und kratzte und mußte abermals eine Hyoszininjektion erhalten. Als er am nächsten Morgen erwachte, war er klar, gab geordnete Antworten, erklärte jedoch, von den Vorfällen der letzten Tage nichts zu wissen. Ein ähnlicher Fall, indem er bei der ärztlichen Visite wegen Beschlagnahme eingeschmuggelter Zigaretten und Geldes in einen Zustand tobsüchtiger Erregung verfiel, wobei er den Strohsack und seine Leibwäsche zerriß, biß und brüllte und kaum durch 8 Männer bewältigt werden konnte, ereignete sich am 29. Mai und fehlte ihm auch diesmal für denselben die Erinnerung.

In dem Gutachten wurde die höhergradige psychische Degeneration, sowie die Neigung zum Auftreten von Ausnahmszuständen hervorgehoben, seine Zurechnungsfähigkeit für die ihm zur Last liegenden Handlungen im Sinne des § 114 *d)* nur als vermindert bezeichnet, im übrigen seine Ausscheidung aus dem Heere wegen Militärdienstuntauglichkeit beantragt.

Zum Schlusse dieses Kapitels möchte ich die abnormen Betätigungen des Geschlechtstriebes in Kürze erwähnen, da dieselben — soweit meine Erfahrungen reichen — auch beim Militär nicht selten vorkommen und ihre forensische Beurteilung mitunter mit großen Schwierigkeiten verbunden ist. Es ist naheliegend, daß diesem Gegenstande ein großes und allgemeines Interesse entgegengebracht wird; dafür spricht auch die reichhaltige Literatur, die über dieses Thema vorliegt, auf welche ich zum Zwecke genauerer Informationen verweise.

Vor allem ist die Kenntnis wichtig, daß sich viele der hier in Betracht kommenden Störungen wie es scheint ziemlich oft auf dem Boden der Degeneration zu entwickeln pflegen und daß die »konträre Sexualempfindung« geradezu als ein gelegentliches Symptom der Entartung aufzufassen ist. Zum mindesten bieten die mit dieser Störung Behafteten auch sonst eine Reihe

von körperlichen und psychischen Zeichen, wie sie bei Degenerierten gefunden werden, und lassen namentlich sehr häufig einen mehr weniger hohen Grad von jener auf hereditären Verhältnissen beruhenden Neurasthenie erkennen.

Die konträre Sexualempfindung besteht, um gleich mit ihr zu beginnen, in einer mitunter tiefgreifenden Änderung des geschlechtlichen Fühlens im Sinne einer vollständigen Verkehrung (Perversion*) desselben, so daß sich die betreffenden Individuen nur zum eigenen Geschlechte hingezogen fühlen und nur in geschlechtlicher Betätigung mit ihnen zusagenden jungen Leuten oder Männern (dasselbe gilt auch für das weibliche Geschlecht) eine volle sexuelle Befriedigung finden. Der Geschlechtsverkehr beschränkt sich in solchen Fällen auf onanistische Manipulationen nicht selten mit Gegenseitigkeit (mutuelle Onanie), Coitus inter femora, frictiones penis cum ore, mitunter auch nur auf Betastungen, brünstige Küsse, Umarmungen etc., wobei gelegentlich Samenerguß eintritt, ein Beweis, daß bei derartigen Personen neben den Zeichen allgemeiner Neurasthenie häufig auch eine reizbare Schwäche der betreffenden Rückenmarkszentren besteht.

Ich würde den Rahmen meiner Arbeit weit überschreiten, wollte ich mich in eine Erörterung der Entstehungsweise und der Ursachen dieser gewiß sehr interessanten Anomalie des Geschlechtstriebes einlassen, doch glaube ich den Umstand hervorheben zu sollen, daß es Fälle gibt, in denen sich die Perversion, welche der konträren Sexualempfindung zugrunde liegt, mitunter schon frühzeitig und ohne greifbaren Grund entwickelt, während sie in anderen Fällen erst zur Zeit der Pubertät oder noch später zur Entwicklung kommt. Es wird demgemäß zwischen der angeborenen und erworbenen Form der konträren Sexualempfindung unterschieden; es erscheint jedoch richtiger, anzunehmen, daß in den Fällen der ersten Art nur die Disposition angeboren ist, was übrigens auch bei den meisten Fällen der zweiten Art zutreffen dürfte; zum mindesten spricht der Umstand, daß die konträre Sexualempfindung fast ausnahmslos bei Degenerierten vorkommt, für die Richtigkeit dieser Annahme.

Wie ich soeben erwähnt habe, gibt es Fälle, in denen sich lange vor der Pubertätsentwicklung gewisse Zeichen im Sinne

*) Unter Perversion versteht man die dauernde, krankhafte Veränderung im geschlechtlichen Fühlen, während mit dem Ausdrucke Perversität der einzelne, zumeist nicht krankhafte Akt für gewöhnlich gemeint wird.

einer konträren Sexualempfindung einstellen können. Man erfährt z. B. von manchen »Urningen«, — so werden nämlich die männlichen Vertreter dieser Anomalie auch genannt, — daß sie schon als Kinder mit Vorliebe mit Puppen gespielt, Mädchenkleider getragen, sich dann später Mieder angelegt, einen Busen, die Hüften ausgestopft usw. und sich gegenüber ihrer männlichen Umgebung in der Rolle von Mädchen gefühlt haben. Bei gleichzeitiger Abneigung zum anderen, haben sie sich zum eigenen Geschlechte hingezogen gefühlt und dies auch durch Liebschaften mit Knaben und jungen Männern betätigt. Schon frühzeitig habe sich bei ihnen der Geschlechtstrieb entwickelt — eine bei Degenerierten häufige Erscheinung! — und sie veranlaßt, mit dem Gegenstande ihrer Liebe mutuelle Onanie und sonstige perverse geschlechtliche Handlungen zu verüben. Ihre gesteigerte Libido sexualis habe sie zu gehäuften derartigen Exzessen geführt und auch jetzt im entwickelten Mannesalter genügt der Anblick eines sympathischen jungen Mannes oder eine Berührung desselben, um sofort Erektion, gelegentlich auch Ejakulation herbeizuführen.

Zum Unterschiede von diesen vielfach als angeboren bezeichneten Fällen finden sich wieder Persönlichkeiten, bei denen die abnorme sexuelle Gefühlsrichtung erst später in die Erscheinung tritt. Auch diese haben sich gewöhnlich schon durch längere Zeit in exzessiver Weise der Masturbation ergeben entsprechend dem Umstande, daß sich bei ihnen gleichfalls der Geschlechtstrieb frühzeitig eingestellt hat und lebhaft betont war; sie empfinden aber vorerst keine Abneigung gegen das weibliche Geschlecht, ja sie machen sogar gelegentlich den Versuch, den Koitus auszuführen. Zu ihrer Überraschung und ihrem Befremden empfinden sie jedoch hiebei keine besondere Befriedigung oder sie sind überhaupt nicht imstande — sei es infolge mangelnder Erektion oder Ejaculatio praecox —, den Geschlechtsakt auszuführen. Sie werden nun auf sich aufmerksam und entdecken mitunter zu ihrem größten Entsetzen, daß sie den weiblichen Reizen gegenüber kalt bleiben, sich dagegen zu ihrem eigenen Geschlechte hingezogen fühlen. Sie versuchen vielleicht noch einigemale den normalen Geschlechtsakt, reussieren aber nicht und gehen nun allmählich, mitunter auch plötzlich — infolge Verführung durch einen Gleichgesinnten — in das Lager der Urninge über.

Gerade die Fälle der letzteren Art führen zu jenen Persönlichkeiten hinüber, welche anscheinend nur durch äußere Einflüsse

in ihrer Geschlechtsbetätigung auf Abwege geraten und in ähnlichen Handlungen Befriedigung finden wie die Konträrsexuellen. Man erfährt mitunter von ihnen, daß sie wegen psychischer Impotenz, aus Furcht vor Geschlechtskrankheiten (Syphilidophobie) etc. von dem normalen Geschlechtsverkehre abgekommen sind und sich auf andere Weise — zumeist durch Onanie und ähnliche Manipulationen mit halbwüchsigen Mädchen etc. — zu befriedigen suchen.

Weit entfernt davon, alle diese Menschen ohneweiters für krank erklären zu wollen, möchte ich es doch der Erwägung anheimstellen, daß die Leichtigkeit, mit der mitunter derartige Personen auf solche Abwege geraten und eine gewiß einschneidende Änderung ihrer Gefühle ermöglichen, zum mindesten daran denken läßt, daß es sich auch bei ihnen um einen erheblicheren Grad von »Disposition« handeln mag, welcher gegebenen Falles bei der Beurteilung ihrer Handlungen in Betracht zu ziehen wäre.

Andererseits darf nicht übersehen werden, daß gerade auf sexuellem Gebiete die widerlichsten Dinge vorkommen und auch von gesunden, jedoch überreizten oder verkommenen Menschen verübt werden können, die an den normalen Verhältnissen keinen Gefallen mehr finden und auf diese Weise auf Abwege geraten. Wenigstens wird von berufener Seite (Hoche) versichert, daß mit Ausnahme der Anthropophagie jede Art geschlechtlicher Verirrung auch bei Gesunden vorkommen kann.

Abgesehen von der konträren Sexualempfindung, gehören zu den bekannteren Formen der geschlechtlichen Anomalien noch der »Exhibitionismus«, »Fetischismus«, »Masochismus« und »Sadismus«.

Die »Päderastie« entspricht nicht einer besonderen Art, sondern ist eine Erscheinungsform sexueller Verirrungen, die bei den verschiedensten Zuständen, aber auch bei Gesunden vorkommen kann. Insbesondere möchte ich betonen, daß sie gelegentlich auch von Konträrsexuellen ausgeübt wird, aber keineswegs unbedingt zum Krankheitsbilde derselben gehört. Sie ist immer der Ausdruck eines gewissen Grades ethisch-moralischer Verkommenheit.

Der »Exhibitionismus« kommt ziemlich häufig vor und besteht darin, daß die betreffenden Individuen, wenn sie weiblichen Personen begegnen (auch das Umgekehrte kann gelegentlich

vorkommen), die entblößten Genitalien zeigen, einerseits, weil ihnen diese Art der Betätigung ihres Geschlechtstriebes eine gewisse angenehme Empfindung erzeugt, andererseits, um mitunter zu geschlechtlichen Handlungen herauszufordern. Aber auch andere Absichten können damit verbunden sein.

Ich hatte bereits mehrere Fälle zu begutachten, wo die Betreffenden, hauptsächlich jungen, halberwachsenen Mädchen gegenüber ihre exhibitionistischen Prozeduren ausgeführt und nicht selten auch ihren Zweck erreicht haben.

Was die hier in Betracht kommenden Persönlichkeiten betrifft, so sind es zumeist Kranke, die auf diese abnorme Triebäußerung verfallen. Sehr häufig kommt der Exhibitionismus bei jenen Formen von Geistesstörung vor, welche mit einer Abschwächung der Intelligenz und zunehmendem Verlust der ethisch-moralischen Gefühle einhergehen (progressive Paralyse, Dementia senilis, Alcoholismus chronicus, die verschiedenen Schwachsinnszustände etc.). Von großer Wichtigkeit ist auch die Kenntnis, daß derartige Entblößungen von Epileptikern in psychischen Ausnahmszuständen verübt werden können, bei denen in der intervallären Zeit solche Tendenzen nicht wahrgenommen werden. Aber auch Onanisten und sonstige in ihrer Potenz Geschwächte, desgleichen auch geistig normale Individuen können sich dieses Vergehens gegen die öffentliche Sittlichkeit schuldig machen, wobei meines Erachtens der Alkohol eine wichtige Rolle spielt.

Wenn auch die Beziehungen des »Fetischismus« zu der Geschlechtssphäre nicht immer in die Augen springend sind, so besteht doch kein Zweifel, daß für eine bestimmte Sorte von Menschen verschiedene weibliche Bekleidungsstücke (Strümpfe, Frauenwäsche, Schuhe etc.), desgleichen Haare (Zopfabschneider!) usw. eine große Anziehung besitzen und daß der Erwerb, häufig auch schon der Anblick solcher Dinge bei ihnen eine mehr minder heftige sexuelle Erregung hervorruft. Diese Gegenstände — »Fetisch« genannt — spielen auch häufig bei onanistischen Akten eine Rolle.

Es ist leicht einzusehen, daß derartig veranlagte Menschen unter dem Einflusse ihres mitunter mächtig betonten abnormen Triebes sich um jeden Preis in den Besitz der von ihnen begehrten Dinge zu setzen trachten und deshalb vielfach mit dem Strafgesetze in Konflikt kommen können. Dabei darf aber nicht

übersehen werden, daß manche Gewohnheitsdiebe den Fetischismus, der ihnen in Wirklichkeit vollkommen ferne steht, als eine bequeme Ausrede zu benützen pflegen, so daß in dieser Hinsicht Vorsicht geboten ist.

Beim »Masochismus« handelt es sich zumeist um Mißhandlungen der verschiedensten Art, welchen sich einzelne Individuen freiwillig unterziehen, um dadurch eine Auslösung oder Erhöhung ihrer Geschlechtslust zu erfahren, beziehungsweise um überhaupt durch derartige Zutaten den Geschlechtsakt ausführen zu können. Einer besonderen Vorliebe scheint sich hiebei das Flagellieren des Gesäßes zu erfreuen, was bei den Erfahrungen, die man an Kindern mit derartigen Züchtigungen gemacht hat, sehr naheliegend und verständlich ist.

Während dem Masochismus wohl nur selten eine forensische Bedeutung zukommen dürfte, kann der »Sadismus« sehr häufig zu kriminellen Handlungen führen. Hier kommt es zu aktiver Betätigung der mit dieser Anomalie behafteten Individuen, welche in leichteren Fällen zum Würgen, Beißen, Stechen usw., in schwereren dagegen selbst zur Tötung und förmlichen Zerfleischung des Opfers führen kann. In diese Kategorie von Menschen gehören die sogenannten »Mädchenstecher«, Lustmörder« etc., doch ist bei der Beurteilung derartiger Fälle eine gewisse Vorsicht dringend geboten, da ebenso wie beim Fetischismus auch hier nicht immer rein sexuelle Momente in Betracht kommen und weil sich so mancher anscheinende Lustmord im Verlaufe der gerichtlichen Untersuchung als gewöhnlicher Raubmord entpuppt.

Bevor ich auf die forensische Beurteilung der vorangeführten sexuellen Anomalien eingehe, möchte ich im nachstehenden die einschlägigen Paragraphe des Militärstrafgesetzes anführen:

§ 404.

»Wer eine Frauensperson durch gefährliche Bedrohung, wirklich ausgeübte Gewalttätigkeit, oder durch arglistige Betäubung ihrer Sinne außer Stand setzt, ihm Widerstand zu tun und sie in diesem Zustande zu außerehelichem Beischlafe mißbraucht, begeht das Verbrechen der Notzucht.«

§ 405.

»Die Strafe der Notzucht ist schwerer Kerker zwischen fünf und zehn Jahren. Hat die Gewalttätigkeit einen wichtigen Nachteil der Beleidigten an ihrer Gesundheit oder gar am Leben zur Folge gehabt, so soll die Strafe auf eine Dauer zwischen zehn und zwanzig Jahren verlängert werden. Hat das Verbrechen den Tod der Beleidigten verursacht, so tritt lebenslänglicher schwerer Kerker ein«.

§ 406.

»Der an einer Frauensperson, die sich ohne Zutun des Täters im Zustande der Wehr- oder Bewußtlosigkeit befindet, oder die noch nicht das vierzehnte Lebensjahr zurückgelegt hat, unternommene außereheliche Beischlaf ist gleichfalls als Notzucht anzusehen und nach § 405 zu bestrafen«.

§ 407.

»Wer einen Knaben oder ein Mädchen unter vierzehn Jahren oder eine im Zustande der Wehr- und Bewußtlosigkeit befindliche Person zur Befriedigung seiner Lüste auf eine andere als die im § 406 bezeichnete Weise geschlechtlich mißbraucht, begeht, wenn diese Handlung nicht das im § 408, lit. *b*) bezeichnete Verbrechen bildet, das Verbrechen der Schändung, und soll mit schwerem Kerker von einem bis zu fünf Jahren, bei sehr erschwerenden Umständen bis zu zehn, und wenn eine der im § 405 erwähnten Folgen eintritt, bis zu 20 Jahren bestraft werden«.

§ 408.

»Als Verbrechen werden auch nachstehende Arten der Unzucht bestraft:
1. Unzucht wider die Natur, das ist
a) mit Tieren;
b) mit Personen desselben Geschlechtes«

§ 409.

»Die Strafe ist schwerer Kerker von einem bis zu fünf Jahren. Wenn sich aber im Falle der lit. *b*) eines der im § 404 erwähnten Mittel bedient wurde, so ist die Strafe von fünf bis zu zehn Jahren, und wenn einer der Umstände des § 405 eintritt, auch die dort bestimmte Strafe zu verhängen«.

§ 790.

»Wer durch bildliche Darstellungen oder durch unzüchtige Handlungen die Sittlichkeit oder Schamhaftigkeit gröblich und auf eine öffentliches Ärgernis erregende Art verletzt, soll zu strengem Arrest von acht Tagen bis zu sechs Monaten verurteilt werden.

Wurde aber eine solche Verletzung durch Druckschriften begangen, so ist sie mit strengem Arrest von sechs Monaten bis zu einem Jahre zu ahnden. Gegen Offiziere und öffentliche Beamte ist auch auf Entlassung zu erkennen«.

Bezüglich der strafrechtlichen Beurteilung abnormer Betätigungen des Geschlechtstriebes führe ich folgendes an:

Die eingehenden Forschungen auf dem Gebiete der sexuellen Anomalien haben als unzweifelhaft dargetan, daß der wirklichen konträren Sexualempfindung insoferne eine Sonderstellung gebührt, als die betreffenden Individuen während ihres ganzen Lebens mit derselben behaftet sind und durch sie eine tiefgreifende Beeinflussung ihrer gesamten Persönlichkeit erfahren. Es handelt sich demnach bei ihnen um eine ausgesprochene krankhafte Veranlagung, die auf dem Boden der Degeneration zur Entwicklung

kommt und, abgesehen von der Verkehrung des geschlechtlichen Fühlens, fast ausnahmslos noch mit einer Reihe von körperlichen und vor allem psychischen Zeichen der Entartung einhergeht. Sie sind daher als »Degenerierte« zu betrachten und auch bezüglich der forensischen Beurteilung ihrer Handlungen im allgemeinen diesen gleich zu halten.

Insbesondere darf nicht übersehen werden, daß durch die konträre Sexualempfindung an sich ein unwiderstehlicher Zwang nicht bedingt ist; dafür sprechen die immer wiederkehrenden Schilderungen derartiger Personen, daß sie aus Furcht vor dem Strafgesetze ihre krankhaften Neigungen und Triebe nach Möglichkeit unterdrückt haben, desgleichen, daß sie in der Auswahl der Objekte für ihre abnormen geschlechtlichen Betätigungen zumeist recht vorsichtig sind. Dabei ist aber stets im Auge zu behalten, daß ihre Widerstandsfähigkeit einerseits durch die Stärke des krankhaften Triebes, andererseits durch einen höheren Grad ihrer sonstigen abnormen Veranlagung (Degeneration) mitunter in erheblichem Maße herabgesetzt sein kann, so daß sie unter ungünstigen äußeren Verhältnissen die Herrschaft über sich leicht verlieren und straffällig werden können.

So erinnere ich mich eines Falles, einen Hauptmann betreffend, der seiner eigenen Angabe zufolge von Jugend auf an konträrer Sexualempfindung gelitten, sich aber niemals exponiert und auch nie einen Anstand gehabt hat, da er eben im Bewußtsein der großen Gefahr, die ihn stets umgab, sehr vorsichtig war. Als er jedoch gelegentlich einer kameradschaftlichen Zusammenkunft mehrere Krügel Bier und zwei Viertel Wein getrunken hatte, da passierte es ihm, daß er sich an einem jungen Manne, den er am Pissoir mit entblößtem Penis sah, vergriffen hat, wobei er betreten und sodann angezeigt wurde. Die Untersuchung ergab ausgesprochene psychische Symptome von Degeneration neben einer Reihe von körperlichen Zeichen der Entartung und es konnte überdies eine schwere hereditäre Belastung nachgewiesen werden. In diesem Falle war es leicht, die Diagnose auf konträre Sexualempfindung zu stellen und den unheilvollen Einfluß hervorzuheben, den der Alkohol auf die Begehung der Tat im Sinne einer Aufhebung der sonst bestandenen Hemmungen ausgeübt hat.

Der Betreffende wurde freigesprochen, hatte jedoch schon vorher die Offizierscharge abgelegt.

Bezüglich der übrigen oben angeführten sexuellen Verirrungen gelten im allgemeinen dieselben Grundsätze, welche auch sonst für die forensische Beurteilung krimineller Handlungen in Betracht kommen.

Vor allem darf die Möglichkeit nicht übersehen werden, daß dieselben durch eine vorhandene oder in Entwicklung be-

griffene Geistesstörung bedingt sein könnten; insbesondere kann ein leichterer Grad maniakalischer Erregung, aber auch eine beginnende Paralyse, senile Demenz etc. leicht übersehen werden. Vor allem ist aber bei sexuellen Delikten an epileptische Dämmerzustände und chronischen Alkoholismus zu denken, weil gerade bei diesen Exhibitionismus und andere abnorme Betätigungen des Geschlechtstriebes recht häufig sind. Aber auch im Zustande der Berauschung können Unzuchtsdelikte oder Verstöße gegen die öffentliche Sittlichkeit selbst von Personen begangen werden, denen derartige Dinge unter normalen Verhältnissen vollkommen ferne liegen.

So hatte ich einmal einen Fall zu begutachten, wo der Betreffende, welcher schwer berauscht war, gerade in dem Momente betreten wurde, als er an einem jungen Burschen ein päderastisches Attentat zu verüben sich anschickte und wo mit Rücksicht auf die näheren Umstände mit Bestimmtheit angenommen werden konnte, daß er in dem rein triebartigen Bestreben nach Betätigung seiner Geschlechtslust in Ermangelung etwas anderen auf diese Art der Befriedigung verfallen ist, ohne sich nachträglich des ganzen Vorfalles überhaupt bewußt zu sein.

Sehr häufig werden auch sexuelle Delikte von Degenerierten, Schwachsinnigen oder sonst psychisch minderwertigen Individuen verübt. Wie überhaupt, so soll auch in solchen Fällen die betreffende Persönlichkeit immer einer genauen psychiatrischen Expertise unterworfen werden, bevor man den Ausspruch bezüglich der Zurechnungsfähigkeit derselben fällt. Insbesondere wird der Frage der Unwiderstehlichkeit des in Betracht kommenden abnormen Triebes eine besondere Beachtung zu schenken sein, was natürlich nur auf Grund einer eingehenden Abwägung aller für und wider sprechenden Momente möglich sein wird.

Zum Schlusse möchte ich nochmals betonen, daß die betreffende, den Gegenstand der Untersuchung bildende Handlung *an sich*, und sei sie noch so jedem normalen menschlichen Gefühle zuwiderlaufend, aus den oben angeführten Gründen niemals zu der Annahme einer psychischen Anomalie oder von Unzurechnungsfähigkeit berechtigen darf.

Die folgenden Beispiele mögen die hier besprochenen Verhältnisse einigermaßen beleuchten.

1. R. S., schwer hereditär belastet (Vater war jähzornig, leicht erregbar und verschlossen, die Schwester hysterisch, eine Tante litt wahrscheinlich an konträrer Sexualempfindung, sein Bruder war charakterologisch abnorm, ein Cousin ist als Weiberfeind bekannt, dessen Schwester endete durch Selbstmord, ein Onkel ist im Irrenhause gestorben), hat mit 12 Jahren einen lange

dauernden Bronchialkatarrh, mit 16 und 17 Jahren Knochentuberkulose durchgemacht, während dieser Zeit vorübergehend an deliranten Zuständen mit Halluzinationen gelitten und wurde öfters von einer »eigentümlichen Körperstarre« befallen, so daß er sich trotz vollen Bewußtseins nicht bewegen konnte; Im Alter von 18 Jahren habe er eine Gehirnerschütterung durch Sturz vom Turnapparate erlitten. Der Geschlechtstrieb sei bei ihm im 9. Lebensjahre erwacht, seitdem habe er viel masturbiert, in der Schule gelegentlich mutuelle Onanie getrieben. Mit 20 Jahren habe er den ersten Koitusversuch ohne Erfolg unternommen, auch bei einem weiteren Versuche konnte er den Geschlechtsakt wegen Mangels an Erektion nicht ausführen. Da er bei diesen Gelegenheiten die Wahrnehmung gemacht hatte, daß ihn weibliche Reize kalt lassen, was ihm auch schon gelegentlich unter anderen Verhältnissen aufgefallen sei, habe er nun den Verkehr mit ihm sympathischen Jünglingen gesucht, die sowohl im wachen Zustande seine Phantasie beschäftigten, als auch in Träumen ihm erschienen seien. Es drängte ihn unwiderstehlich, dieselben anzugreifen und zu liebkosen. Er wurde von Eifersuchtsgefühlen befallen, wenn solche junge Leute mit einander freundschaftlich verkehrten, stellte sich die Objekte seines Verlangens stets nackt vor und hatte dabei häufig Kongestionen zum Kopfe und Schmerzen in den Testikeln. Er konnte schließlich nicht mehr Widerstand leisten, einzelne zu betasten, wobei es wiederholt bei ihm zu Ejakulationen kam. Einigemale artete der Verkehr auch in onanistische Manipulationen aus.

Als die Sache angezeigt und wider ihn die gerichtliche Untersuchung verhängt wurde, sagte er vor Gericht: »Ich muß zu meiner Entschuldigung gleich eingangs anführen, daß ich zu jenen Unglücklichen zu zählen bin, welchen die Natur den normalen Geschlechtstrieb versagt hat«; er schilderte des weiteren die vorstehend angeführten Verhältnisse und betonte immer wieder, daß er ein Opfer seines mächtigen, unwiderstehlichen Triebes sei. Das vom Militär-Sanitätskomitee abgegebene Gutachten lautete dahin, daß er eiu schwer hereditär belastetes, degeneriertes, mit körperlichen und psychischen Degenerationszeichen versehenes Individuum sei, an konträrer Sexualempfindung leide und daß seine Verantwortung, in einem unwiderstehlichen Zwange die inkriminierten Handlungen begangen zu haben, glaubwürdig sei.

2. O. W. stammt von einer hochgradig nervösen Mutter ab und ist seit seiner Jugend gleichfalls nervös. Er hat seiner eigenen Behauptung zufolge schon als Kind geträumt, daß er auf Pferden oder Menschen reite und solche Träume seien ihm als die allerschönsten erschienen; er sei auch mit Vorliebe auf anderen Kindern geritten. Mit 15 Jahren habe er zu onanieren begonnen und ungefähr zur selben Zeit die erste Pollution bekommen. Gelegentlich solcher träumte er, daß er als schöne Dame in männlichem Reitkostüme auf Männern, Pferden oder Frauen reite. Als er gelegentlich ein Bild gesehen hatte, auf dem ein Weib auf einem Manne reitend dargestellt war, versuchte er selbst, ähnliche Bilder zu zeichnen (durch zahlreiche, dem Akte beiliegende, recht gut ausgeführte Zeichnungen erwiesen). Dabei kam es häufig zu Erektion und Ejakulation, mitunter auch zu letzterer bei nicht erigiertem Gliede. Derartige Vorfälle waren von tiefer Niedergeschlagenheit gefolgt. Beim Lesen des Buches »Der weibliche Sultan« von Sacher-Masoch entzückten ihn »ungeheuer« die despotischen Frauen und er schwelgte in

dem Gedanken, »selbst dieses despotische, alles unter seinen Willen beugende Weib zu sein«, um seine Umgebung nach Belieben als Reitpferde benützen zu können. Er fügte hinzu: »Meine Phantasie ersann sich selbst solche Situationen, was dann mit hochgradiger geschlechtlicher Erregung einherging und mit höchster Befriedigung endete«. Als er in der achten Gymnasialklasse sein eigenes Zimmer bekam, ging er an die Verwirklichung seiner Reitideen. Die Köchin seiner Mutter — eine ältere Person — berichtet, daß sie ihn damals — 1892 — einmal überrascht habe, als er auf einem mit Pölstern belegten Tischchen, angetan mit Strümpfen und Mieder der Mutter, mit Reitgerte und Sporen vor mehreren Spiegeln Reitübungen abhielt. Dies wiederholte sich öfters mit ihrem Wissen; als die Mutter darauf kam, ließ er sich durch die Köchin Mieder und Strümpfe kaufen. Gleichzeitig mit seinen Reitübungen nahm er auch den normalen Geschlechtsverkehr mit Frauen auf, hatte zur selben Zeit mehrere Verhältnisse, war sexuell sehr bedürftig, ritt aber auch mitunter auf Frauen. Der Anblick von Sätteln oder Reitgerten habe ihn derart aufgeregt, daß er es vermieden habe, an den betreffenden Auslagen vorbeizugehen.

Offizier geworden — seine Prüfungen hat er stets mit Vorzug abgelegt — setzte er seine Reitübungen fort, jedoch nunmehr auf seinen Offiziersdienern, wobei er bald die Leibwäsche anbehielt, bald ganz nackt war; er nahm dieselben immer vor Spiegeln, in denen er sich betrachtete, vor; einmal wiederholte er dies in einem Tage dreimal. Infolge Anzeige eines Burschen wurde er in gerichtliche Untersuchung gezogen und dem Garnisonsspitale zur Konstatierung übergeben. Auch hier unternahm er gelegentlich Reitübungen, zu welchem Zwecke er sich einen größeren Spiegel aus einem Nachbarzimmer bringen ließ. Er gestand die ihm zur Last liegenden Handlungen ein, gab die vorstehenden anamnestischen Daten, behauptete mit Nachdruck, neben seinen Reitübungen immer auch normalen Geschlechtsverkehr gepflogen zu haben und erklärte schließlich: »Ich kann nur sagen und immer wiederholen, ich war mir der Lächerlichkeit und Inkorrektheit meiner Handlungen jederzeit vollkommen bewußt, mußte aber jedesmal, trotz inneren Widerstandes, dem unwiderstehlichen Drange Folge leisten, obwohl ich mir nachher stets die größten Vorwürfe machte und die festesten Vorsätze faßte, diese schreckliche Dummheit nie mehr zu begehen«. Die körperliche Untersuchung ergab bei dem kräftigen, blühend aussehenden jungen Manne deutliche Zeichen von Neurasthenie, sonst keinen krankhaften Befund. In dem Gutachten wurde seine von Jugend auf bestehende, zweifellos abnorme sexuelle Veranlagung, der höhere Grad von Neurasthenie, die in diesen Momenten begründete zeitweise Unwiderstehlichkeit des krankhaften Triebes hervorgehoben und demgemäß seine Unzurechnungsfähigkeit für die ihm zur Last gelegten Handlungen ausgesprochen.

3. W. H., geboren 1868, kam nach Aussage seiner Mutter mit einem Wasserkopfe zur Welt, lernte erst mit 19 Monaten gehen, machte im vierten Lebensjahre eine »Gehirnkrankheit« mit achttägiger Bewußtlosigkeit durch, erlitt mit 6 Jahren eine Gehirnerschütterung und überstand mit 8 Jahren einen schweren Typhus. Das Lernen machte ihm große Mühe und brachte er es nur mit Wiederholung mehrerer Klassen im Jahre 1890 zum Leutnant. Er soll stets nervös, leicht erregbar, von trüber Gemütsstimmung gewesen

sein, oft an Weinkrämpfen und Herzklopfen gelitten haben und wiederholt bewußtlos zusammengestürzt sein. Als er sich im Jahre 1898 zum Zwecke einer militärischen Amtshandlung in M. zu kurzem Aufenthalte befand, machte er sich im dortigen Schloßparke des Vergehens gegen die öffentliche Sittlichkeit dadurch schuldig, daß er mit halbwüchsigen Knaben und Mädchen unzüchtige Gespräche führte und eines der Mädchen durch die Kleider an den Genitalien betastete. Im Verlaufe der wider ihn eingeleiteten Untersuchung wurden Zweifel an seinem normalen Geisteszustand rege, weshalb am 15. August 1898 seine Abgabe an die Beobachtungsabteilung des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien erfolgte. Die körperliche Untersuchung ergab infantilen Habitus, höhergradige Anämie und die körperlichen und psychischen Zeichen schwerer Neurasthenie; ferner hydrozephalisch aufgetriebenen Schädel, sehr bedeutendes Mißverhältnis zwischen Hirn- und Gesichtsschädel, Exophthalmus, Schrägstellung des Unterkiefers, ungleichmäßige Anordnung der Zähne, sowie große, weit abstehende Ohrmuscheln. Gelegentlich der mit ihm vorgenommenen Befragungen erzählte er, daß er mit 10 Jahren zu onanieren begonnen, mit 16 Jahren zum erstenmal den normalen Geschlechtsakt ausgeführt, daß ihn derselbe aber nicht befriedigt habe, weil sich während und nach demselben heftige Kreuzschmerzen eingestellt hätten; auch fühlte er sich durch den Verkehr mit erwachsenen Mädchen abgestoßen; dagegen bereitete ihm das Spielen mit halbwüchsigen Mädchen, das Betasten ihrer Genitalien, beziehungsweise onanistische Akte, die diese an ihm ausführten, eine bedeutende sexuelle Befriedigung und stellte sich mitunter schon beim Anblicke oder beim Betasten der Genitalien solcher Mädchen bei ihm Ejakulation ein. »Wenn ich auch mit den besten Vorsätzen vom Hause weggegangen bin, so konnte ich doch dem Triebe nicht widerstehen und bin auf die Suche ausgegangen nach solchen Mädchen«.

An dem kritischen Tage sah er im Parke, in dem er zufällig hineingegangen war, mehrere Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren auf einem Baume so stehen, daß ihnen die unter dem Baume befindlichen Knaben unter die Röcke sehen konnten. Der Anblick dieser Situation hatte ihn ungemein aufgeregt. Er ging weiter, kam aber dann mit den Kindern wieder zusammen und half sogar einem Mädchen beim Heruntersteigen vom Baume. Als er bei dieser Gelegenheit das Genitale erblickte, erfaßte ihn ein förmlicher Taumel, er sah wie durch einen Nebel und erinnerte sich nur, daß er das eine Mädchen durch die Kleider angegriffen habe; an das, was er mit den Kindern gesprochen oder sonst noch getan, könne er sich nicht erinnern, da er hochgradig aufgeregt und seiner Sinne nicht mehr mächtig gewesen sei. In dem Gutachten wurde der höhere Grad krankhafter Veranlagung, insbesondere die Neurasthenie des Untersuchten hervorgehoben und die Möglichkeit zugegeben, daß er unter den geschilderten Verhältnissen die Herrschaft über sich habe verlieren können und nicht imstande gewesen sei, dem mit Macht auftretenden Triebe die entsprechenden Gegenvorstellungen und hemmenden Motive entgegenzustellen.

6. Der Alkoholismus.

Der gewohnheitsmäßige Genuß verschiedener Substanzen, die teils als Genußmittel, teils als Medikamente Verwendung finden, aber häufig bei längerem Gebrauche zum Genußmittel werden, führt erfahrungsgemäß zu Störungen im Bereiche des Zentralnervensystems, die je nach Dauer und Quantität des Konsums verschiedene Grade erreichen können.

In unseren Breiten kommt in dieser Beziehung namentlich der Alkohol, das Morphium und das Kokain in Betracht.

Die schädigenden Wirkungen des chronischen Morphiumgenusses sind allgemein bekannt; nur möchte ich den verderblichen Einfluß besonders hervorheben, den sowohl das Morphium als auch das Kokain — welches sehr häufig irrtümlicherweise zum Zwecke der Entwöhnung der Morphiumsucht entweder intern oder in Form von subkutanen Injektionen genommen wird — im Sinne einer erheblichen Herabsetzung, ja selbst Aufhebung der Willenskraft und weitgehender ethisch-moralischer Depravation auszuüben pflegen.

Ich hatte einmal einen Morphinisten auf der Abteilung, der seinem Freunde von dessen Schreibtische eine goldene Tabatière gestohlen, sie verkauft und den Erlös sofort zur Anschaffung von Morphium verwendet hat.

Wäre es in diesem Falle zu einer Anzeige und gerichtlichen Verfolgung gekommen, so hätte bei dem in hohem Grade willensschwachen Kranken die Verübung des mit seiner Sucht in unmittelbarem Zusammenhange stehenden Diebstahls auf einen »unwiderstehlichen Zwang« zurückgeführt werden müssen, nachdem erhoben werden konnte, daß dem Kranken jede Möglichkeit, sich Morphium zu verschaffen, benommen war.

Da jedoch sowohl der chronische Morphinismus als auch Kokainismus für den Militärarzt im allgemeinen weniger von Belang sind, so glaube ich von einem näheren Eingehen auf diese Störungen absehen zu können.

Dagegen kommt dem Alkohol eine hervorragende Bedeutung zu sowohl infolge seiner berauschenden (akute Alkoholvergiftung),

als auch seiner depravierenden Wirkung (chronischer Alkoholismus).

Der Militärarzt kommt sehr oft in die Lage, sich über Zustände gutächtlich äußern zu müssen, in denen der Alkohol eine mehr weniger wichtige Rolle gespielt hat. Er hat aber auch sonst die Pflicht, sich bezüglich der Alkoholfrage genau zu orientieren, um aufklärend und belehrend wirken und gegen diesen gefährlichen Feind der Menschheit und insbesondere der Soldaten die Initiative ergreifen zu können. Lehrt doch die tägliche Erfahrung, daß immer wieder der Übergenuß alkoholischer Getränke nicht nur die Ursache der verschiedensten Delikte (Ausbleiben über die Retraite, Trunkenheit in und außer Dienst, Widersetzlichkeit, exzessives Verhalten, etc.) ist, sondern auch sehr häufig, namentlich bei Offizieren, schwere Folgen haben und insbesondere zu der erworbenen psychischen Degeneration führen kann, die keineswegs so selten zu finden ist, als man auf Grund einer flüchtigen Umschau vielleicht glauben mag.

Ich halte mich nicht nur für berufen, sondern geradezu für verpflichtet, diesbezüglich rücksichtslos Kritik zu üben, jedoch mit dem Vorbehalte, daß ich nicht tadeln, sondern nur belehren und abschreckend wirken will.

Als ich seinerzeit bei der Truppe war, hatte ich reichlich Gelegenheit, in dieser Richtung Erfahrungen zu sammeln, vor allem aber habe ich während meiner längeren Spitalstätigkeit dadurch, daß ich Offiziere aus den verschiedensten Teilen der Monarchie in die Behandlung bekam und ausfragen konnte, die Überzeugung gewonnen, daß meine persönlichen Wahrnehmungen, die ich in ziemlich engen Grenzen machen konnte, im großen und ganzen den Verhältnissen entsprechen, wie sie im allgemeinen in unserer Armee herrschen.

Natürlich fällt es mir nicht im entferntesten ein, behaupten zu wollen, daß die meisten oder auch nur viele unserer Offiziere dem chronischen Alkoholismus verfallen sind, weil ich eine derartige Behauptung in keiner Beziehung zu begründen vermöchte, dagegen glaube ich der Zustimmung der älteren Kameraden sicher zu sein, wenn ich meiner Überzeugung dahin Ausdruck gebe, daß gewisse Eigentümlichkeiten unseres Offiziersstandes diesbezüglich eine Gefahr involvieren und zum mindesten der Entstehung des chronischen Alkoholismus in einzelnen Fällen Vorschub zu leisten vermögen.

Ich will mich nicht in weitgehende Details einlassen, möchte aber vor allem betonen, daß das stete gesellige Zusammenleben der Offiziere unter einander leicht die Veranlassung abgeben kann, daß der Einzelne mehr alkoholische Getränke konsumiert, als notwendig und ihm zuträglich ist. Namentlich das Animieren zum Trinken und die gelegentlichen Verspottungen, wenn der eine oder der andere beispielsweise zu Mittag ein Wasser trinkt, abends zeitlich nach Hause gehen, wenn er nicht bei einem oder mehreren Gläschen Schnaps »zum Magenschluß« im Kaffeehause mithalten will usw., erscheinen mir keineswegs so harmlos, als sie mitunter dargestellt und auch beurteilt werden. Denn nicht nur mit dem Essen, sondern auch mit dem Trinken kommt der Appetit und was noch vor kurzer Zeit der Gesellschaft wegen getan wurde, wird nach einigen Monaten bereits Bedürfnis. Viele werden ja auch unter diesen Verhältnissen nicht zu Trinkern werden, Einzelne aber gewiß derartigen Verlockungen erliegen und auch ohne Veranlagung dem chronischen Alkoholismus zum Opfer fallen. Besonders gefährdet sind aber die »Disponierten«, die, wie in allen Gesellschaftskreisen, auch im Offiziersstande vorkommen und zur Betätigung ihrer abnormen Neigungen nur geringer Anregung bedürfen.

Die Antialkoholbewegung zieht immer größere Kreise und hat zweifellos die größte Berechtigung, insoferne sie auf die großen Gefahren, die mit der Trunksucht verbunden sind, aufmerksam macht und demgemäß vollständige Enthaltung von dem Genusse alkoholischer Getränke, oder zum mindesten weitgehende Mäßigkeit fordert. Nachdem es die Pflicht der Intelligenz ist, überall mit gutem Beispiele voranzugehen, so wäre es wohl dringend geboten, daß man auch in Offizierskreisen die Geringschätzung, die gelegentlich gegen die Bestrebungen der Antialkoholiker zum Ausdrucke kommt, möglichst unterdrückt und sich den Warnungen und Belehrungen von berufener Seite nicht verschließt. Die »berufene Seite« sind in diesem Falle die Militärärzte, die mit größtem Nachdrucke den mannigfachen Vorurteilen, die gerade in dieser Frage bestehen, entgegentreten und durch Vorträge, private Belehrungen, eventuell auch durch Vorstellungen und Anträge bei den Kommandanten eine möglichste Verhütung des Übergenusses alkoholischer Getränke anstreben sollen.

Ich könnte eine große Reihe warnender Beispiele anführen, sehe aber davon aus begreiflichen Gründen ab und möchte nur

zur Bekräftigung des vorstehend Angeführten den allgemein bekannt gewordenen Fall in Insterburg, der ein so tragisches Ende gefunden hat, hervorheben.

Bei der großen und allgemeinen Beliebtheit, der sich der Alkohol heute noch in allen Gesellschaftskreisen erfreut, ist es selbstverständlich, daß auch die Mannschaft über die Folgen, die mit dem Genusse geistiger Getränke gemeiniglich verbunden sind, immer wieder eingehend belehrt und speziell aufmerksam gemacht werde, daß Schnaps und Rum, welch letzterer, wie es scheint, den Soldaten wegen seiner relativen Billigkeit und des spezifischen Geschmackes besonders zusagt, Gifte im wahrsten Sinne des Wortes darstellen, wenn man erwägt, daß schon Fälle vorgekommen sind, wo der Tod infolge Genusses eines halben Liters Rum eingetreten ist. Auch kann nicht genug vor dem Genusse alkoholischer Getränke bei anstrengenden Übungen etc. gewarnt werden, weil dadurch das Eintreten des Hitzschlages in erheblichem Grade begünstigt und überhaupt die Widerstandskraft — nach kurzdauernder Anregung — in bedeutendem Maße herabgesetzt wird.

Nachdem der Alkohol sehr häufig auf die Begehung krimineller Handlungen von Einfluß ist, so kommt auch der Militärarzt ziemlich oft in die Lage, sich über Rauschzustände gutächtlich äußern zu müssen und auch sonstige Zustände psychischer Anomalie, welche mit dem Alkoholgenusse in mehr weniger innigem Zusammenhange stehen, in den Kreis seiner Betrachtungen zu ziehen.

Die Reaktion der einzelnen Individuen auf Alkohol ist eine sehr verschiedene und hängt im wesentlichen einerseits von der persönlichen Widerstandsfähigkeit und andererseits von der spezifischen Art der Reaktion ab.

Demgemäß unterscheidet man eine quantitative und qualitative Intoleranz, je nachdem die Erscheinungen, die man bei einer gewöhnlichen Berauschung zu beobachten Gelegenheit hat, schon nach dem Genusse geringer Mengen geistiger Getränke auftreten, oder indem das betreffende Individuum nach Aufnahme einer entsprechenden — auch unter normalen Umständen zur Berauschung führenden — Quantität in einen Zustand gerät, welcher sich von demjenigen eines gewöhn-

lichen Rausches wesentlich unterscheidet*). Während man in den Fällen der ersteren Art gemeiniglich von Alkoholintoleranz spricht, werden jene der zweiten Art auch mit dem Ausdrucke der krankhaften oder pathologischen Alkoholreaktion bezeichnet.

Als solche faßt man alle von den bekannten Symptomen des gewöhnlichen (physiologischen) Rausches abweichenden, vornehmlich psychischen Erscheinungen auf. Zu denselben gehören: Plötzlich eintretende schwerere Bewußtseinstrübung ohne deutlichere Zeichen von lähmender Wirkung des Alkohols mangelhafte oder aufgehobene Orientierung, große Reizbarkeit, mit dem Affekte der Angst einhergehende und nicht selten in blindes Wüten ausartende hochgradige Erregung, Neigung zu Sinnestäuschungen usw., mit nachfolgendem Mangel oder schwerer Störung der Erinnerung. Gelegentlich kann es in solchen Zuständen pathologischer Alkoholreaktion, unter dem Einflusse von sexueller Erregung, zu verschiedenen kriminellen Handlungen (Exhibitionismus etc.) kommen.

Daß der Alkohol ein recht empfindliches Reagens ist, zeigt sich darin, daß alle jene Persönlichkeiten, die sich mehr oder weniger von jenen abheben, die man mit Rücksicht auf den anscheinenden oder wirklichen Mangel abnormer Veranlagung als normal bezeichnet, diesen Umstand auch in ihrer Reaktion auf den Alkohol in der verschiedensten Weise dokumentieren. Bei vielen von ihnen findet sich eine Kombination von quantitativer und qualitativer Reaktion, indem sie nur wenig vertragen und überdies in einer atypischen Weise reagieren, wobei jedoch die verschiedensten Grade und individuelle Eigentümlichkeiten in der mannigfachsten Art vorkommen können.

Vor allem sind es die chronischen Alkoholiker selbst,**) ferner die Epileptiker und Degenerierten, bei welchen man sehr häufig eine pathologische (quantitative und qualitative, nicht

---

*) Die gleiche Reaktion kann aber mitunter auch schon nach geringen Alkoholmengen vorkommen.

**) Es ist Erfahrungstatsache, daß die chronischen Alkoholiker mit der Zeit quantitativ intolerant werden; die abnorme (qualitative) Reaktion wird namentlich bei jenen Alkoholikern zu erwarten sein, die infolge hereditärer Belastung und ähnlicher prädisponierender Momente der Trunksucht verfallen, so daß die pathologische Reaktion mehr in der Veranlagung als in dem chronischen Alkoholmißbrauche ihren Grund haben dürfte.

selten auch kombinierte) Alkoholreaktion beobachten kann; aber auch Hysterische, Neurasthenische, Schwachsinnige und sonst in ihrer Widerstandsfähigkeit Geschwächte (infolge von Schädeltraumen etc.) pflegen diese Eigentümlichkeit zu bieten.

Von großer Wichtigkeit ist ferner der Umstand, daß selbst normale Individuen unter gewissen äußeren Verhältnissen Abweichungen von der gewöhnlichen Reaktion auf Alkohol zeigen können. Zu diesen »äußeren Verhältnissen« gehören alle jene Momente, die eine stärkere Alteration des Gemütszustandes herbeiführen oder eine erheblichere Schwächung des Organismus zur Folge haben (Krankheiten, ungenügende Ernährung, Überanstrengung der verschiedensten Art, namentlich Schlafmangel, große Hitze usw.).

So findet man nicht selten bei Gendarmen, die ja im allgemeinen gesunde und kräftige Männer sind, daß sie nach anstrengenden Patrouillegängen infolge Schlafmangels, geringer Nahrungszufuhr und körperlicher Erschöpfung eine vorübergehende Intoleranz gegen Alkohol zeigen und mitunter nach geringen Alkoholmengen, die sie in diesem Zustande zu sich nehmen, Zeichen schwererer, gelegentlich auch atypischer Berauschung bieten. Deshalb sind insbesondere bei der Beurteilung derartiger Zustände nicht nur die absolute Größe der Berauschung, sondern auch gewisse abnorme Erscheinungen zu berücksichtigen, weil sich dadurch ein anscheinend normaler, die Zurechnungsfähigkeit für gewöhnlich noch nicht ausschließender Rausch als eine pathologische Alkoholreaktion darstellen könnte, die dann wesentlich anders zu beurteilen wäre.

Die vorstehenden Ausführungen zeigen, daß die forensisch-psychiatrische Begutachtung von Rauschzuständen im allgemeinen keineswegs schablonenhaft behandelt werden darf, sondern daß hiebei streng individualisierend vorzugehen ist, indem die näheren Umstände, unter welchen die Berauschung erfolgt, das genossene Quantum, die Aufeinanderfolge der einzelnen Symptome, das Intervall zwischen Alkoholgenuß und Reaktion, persönliche Eigentümlichkeiten usw. genau erhoben und sowohl einzeln, als auch in ihrer Gesamtheit und gegenseitigen Abhängigkeit abgewogen werden. Dies ist umso notwendiger, als die Erfahrung lehrt, daß der vielfach angenommene Parallelismus zwischen Menge des Konsums und Wirkung keineswegs immer zutrifft und daß auch das Verhalten der Erinnerung nicht einen absoluten Grad-

messer für die Schwere der Berauschung abgibt. Denn es kommen Fälle vor, in denen das Exzitationsstadium schon frühzeitig eintritt und abnorm lange dauert, oder umgekehrt; daß die Erinnerung trotz anscheinend leichterer Berauschung vollkommen fehlen, in anderen Fällen wieder auffallend gut erhalten sein kann usw.

Im allgemeinen hat jedoch als Regel zu gelten, daß der ärztliche Sachverständige vor allem zu untersuchen hat, ob sich in dem jeweiligen, ihm zur Untersuchung zugewiesenen Falle irgend welche Zeichen abnormer Alkoholreaktion nachweisen lassen, welche eventuell genau zu erheben und zu beleuchten sind, daß er aber bei dem Fehlen atypischer Verhältnisse dies anzugeben und die Beurteilung in diesem Falle — natürlich soweit es die Fragestellung gestattet — dem Richter zu überlassen hat.

Sehr häufig kann die Wahrnehmung gemacht werden, daß die einvernommenen Zeugen bei dem Umstande, daß der betreffende Inkulpat zusammenhängend sprechen, scheinbar überlegt handeln konnte, ohne Schwanken oder Taumeln gestanden, gegangen oder gar gelaufen ist, kein Lallen beim Sprechen hat erkennen lassen, kurz keine deutlicheren Zeichen der lähmenden Wirkung des Alkohols geboten hat usw., den Grad der Berauschung unterschätzen und ihrer Überzeugung dahin Ausdruck geben, daß derselbe noch zurechnungsfähig war, trotzdem eine Reihe anderer Symptome und sehr oft die schweren Störungen der Erinnerung einer solchen Auffassung direkte widersprechen. Vor einer kritiklosen Verwertung derartiger Zeugenaussagen kann nicht genug gewarnt werden, denn geradeso wie beispielsweise der Epileptiker ein ähnliches Verhalten in einem Dämmerzustande bekundet und doch häufig für die ganze Zeit seines Ausnahmszustandes keine Erinnerung besitzt, kann dies auch bei Berauschten der Fall sein. Dies gilt namentlich für Fälle, in denen die Annahme einer pathologischen Alkoholreaktion berechtigt ist, kommt aber zweifellos auch unter »physiologischen« Verhältnissen vor. So mancher Student spricht und singt auf der Kneipe, ohne daß man ihm einen höheren Grad von Berauschung ansehen würde, geht auch allein nach Hause, begibt sich zu Bett und erwacht am folgenden Morgen mit einem ziemlichen Erinnerungsdefekt, weiß nicht, was er beiläufig in der letzten halben Stunde im Kreise seiner Kommilitonen getan, gesprochen, wann und wie er nach Hause gekommen usw.!

Insbesondere erfordert die Beurteilung der Rauschzustände der früher zur pathologischen Alkoholreaktion als besonders disponiert bezeichneten Individuen (chronische Alkoholiker, Epileptiker, Degenerierte, Schwachsinnige etc.) eine besondere Vorsicht und wird man nicht selten kriminelle Handlungen solcher, die im Rausche begangen wurden und namentlich wenn hiebei äußere ungünstige Momente, wie Affekt, sexuelle Erregung usw. mitgespielt haben, exkulpieren müssen, auch wenn der Grad der Berauschung kein besonders schwerer war und trotzdem das betreffende Individuum für gewöhnlich nicht als unzurechnungsfähig zu bezeichnen ist. Denn derartige Persönlichkeiten verlieren unter der Wirkung des Alkohols, der ihnen das an sich geringe Maß an Willensenergie, beziehungsweise Widerstandskraft raubt — ebenso wie im Affekt — sehr leicht die Herrschaft über sich, und ist demgemäß ihre Verantwortung, daß sie sich nicht mehr zurückhalten konnten usw., nicht ohneweiters und unter allen Umständen als eine leere, bequeme und naheliegende Ausrede anzusehen. Die dem Alkohol eigentümliche Erleichterung der Auslösung von Willensantrieben findet bei diesen »Minderwertigen« dadurch, daß sie auch schon unter normalen Umständen nur in geringem Grade die Fähigkeit besitzen, hemmende Vorstellungen und die zur Unterlassung einer Handlung gelegentlich notwendigen Gegenmotive aufzubringen, jedenfalls eine besondere Förderung!

Während man mit der Bezeichnung »pathologische Alkoholreaktion« die mehr habituelle, mitunter wohl auch nur vorübergehende Eigentümlichkeit gewisser Persönlichkeiten meint, auf Alkohol in der früher beschriebenen Weise abnorm zu reagieren, versteht man unter dem Ausdrucke »pathologischer« oder »komplizierter Rauschzustand« den jeweiligen, atypisch verlaufenden Rausch, der gewöhnlich mit Angsgefühlen, heftiger motorischer Erregung, die bisweilen in blindes Wüten ausartet, gelegentlich mit Halluzinationen und vielfachen sonstigen Zeichen der pathologischen Alkoholreaktion einhergeht, fast regelmäßig mit einem mehr minder langen Schlafe abschließt und gewöhnlich entweder vollständige Amnesie oder schwer getrübte Erinnerung zur Folge hat.

Nach Hoche treten diese Rauschzustände »bei bestehender Prädisposition nach verhältnismäßig geringen Mengen Alkohol, die vielleicht zu anderen Zeiten von dem betreffenden Individuum

gut vertragen werden, ganz akut auf, ohne daß es vorher zu Erscheinungen der Trunksucht gekommen zu sein brauchte. Sie können sich aber auch in einen Zustand der Trunkenheit einschieben oder sich an einen bereits eingetretenen Schlafzustand des Trinkers anschließen, der in irgend welcher Weise plötzlich unterbrochen wurde (Heilbronner), endlich können sie nach dem Alkoholgenusse zunächst latent bleiben und erst später, etwa unter der Einwirkung eines Affektes, in die Erscheinung treten«.

Während die übrigen Momente, auf die es bei der Beurteilung der verschiedenen Zustände von akuter Alkoholvergiftung ankommt, in den vorstehenden Ausführungen hervorgehoben worden sind, möchte ich betreffs der Gesichtspunkte, die bezüglich des Verhaltens der Erinnerung hiebei in Betracht kommen, auf das bei den pathologischen Affektzuständen im vorigen Kapitel Gesagte verweisen.

Beispiele.

1. A. W., geboren 1869, seit 1894 Gendarm, wurde am 17. Dezember 1901 um 4 Uhr nachmittags auf eine Patrouille entsendet, von der er am nächsten Tage um 12 Uhr mittags einzurücken hatte. Er versah den Dienst bis 2 Uhr nachts anstandslos, ließ sich dann in einem Orte — indem er über Ermüdung klagte — widerrechtlich Stroh ins Zimmer bringen und schlief bis zirka 4 Uhr früh. Er setzte hierauf die Patrouille fort, trank im Verlaufe des Vormittags an verschiedenen Orten zusammen 4 Gläschen Schnaps und war laut Aussage sämtlicher Personen, mit denen er an diesem Vormittage zusammentraf, vollkommen nüchtern. Um 1 Uhr mittags rückte er mit einer einstündigen Verspätung auf seinen Posten wieder ein. Beim Betreten des Zimmers fragte er den anwesenden Stellvertreter des Postenkommandanten R., warum nicht eingeheizt sei, äußerte seinen Unwillen über die Anwesenheit zweier Zivilpersonen, die auf Besuch gekommen waren und sagte, daß er hier der Hausherr sei, trotzdem R. im Range höher war. Während ihm der letztere erwiderte, daß es zwar nicht kalt sei, daß man aber immerhin einheizen könne, legte W. ohne weiter zu sprechen seine Rüstung ab, zog die Stiefel aus, warf mit einem derselben nach dem Postenführer R., zog sodann seinen Säbel aus der Scheide, versetzte mit diesem dem R. einen Hieb ins Gesicht und verletzte ihn nicht unerheblich. R. sprang auf den sich »wie rasend gebärdenden« W. zu, rang mit ihm einige Zeit und flüchtete schließlich, um Hilfe zu requirieren. Ein Zeuge dieses Exzesses berichtet, daß sich W. wie ein Verrückter gebärdet habe und seiner Ansicht nach nicht betrunken gewesen sei. Nach Aussage der Postenköchin war W. sehr blaß, schien nicht betrunken zu sein und machte auf sie den Eindruck eines unzurechnungsfähigen Menschen. Als sich R. entfernt hatte, habe sie W. gefragt, was geschehen sei und gesagt, daß ihn R. habe erwürgen wollen. Sie gibt weiters an, daß

W. seine Kleider mit Stuhl verunreinigt hatte. Dem unmittelbar nach dieser Ausschreitung hinzugekommenen Wachtmeister B. erzählte W., der sich in einem äußerst erregten Zustande befunden hatte, daß ihn R. habe schlagen wollen und daß er sich das nicht gefallen lasse; er sei aber nicht imstande gewesen, den Vorfall näher aufzuklären. Er habe sich wie ein Wahnsinniger benommen, mußte von der Köchin ausgezogen und von ihm ins Bett gebracht werden; er habe barfüßig auf der Straße spazieren gehen wollen, sei immer wieder aus dem Bette gestiegen, habe sich eingebildet, daß er sehr reich sei, habe auch sonst verschiedene unmögliche Dinge gesprochen und mußte durch ihn bis 5 Uhr früh überwacht werden. Auch einige andere Zeugen bestätigten den zweifellos psychisch abnormen Zustand des W. zur kritischen Zeit.

Als er am nächsten Morgen erwachte, fehlte ihm jede Erinnerung vom Momente seiner Rückkehr auf den Posten, dagegen gab er über die einzelnen Details seines Patrouilleganges und auch über das widerrechtliche Schlafen von 2 bis 4 Uhr früh klare Auskunft.

Während der im Spitale durchgeführten Beobachtung seines Geisteszustandes konnten keine Zeichen fortbestehender psychischer Anomalie konstatiert werden. Im übrigen wurde seitens seiner Vorgesetzten berichtet, daß W. ein braver, tüchtiger und verläßlicher Gendarm sei, seit längerer Zeit mäßig Schnaps trinke, aber nicht viel vertrage.

Das Gutachten des Militär-Sanitätskomitees exkulpierte ihn im Sinne des § 3 lit. *c*) M.-S.-G. wegen »Sinnenverwirrung«.

2. Zugsführer I. K. hat am 17. September 1903 in Gesellschaft eines zweiten Zugsführers und eines Offiziersdieners in der Zeit von 5 bis 8 Uhr abends mehrere Gasthäuser besucht und ungefähr einen Viertelliter Sylvorium (Zwetschkenschnaps) und 5 bis 8 Flaschen Bier getrunken. Um 8 Uhr abends ging er mit dem Offiziersdiener in der Richtung der Kaserne, wobei sie sangen und lärmten. Von einem Sicherheitswachmanne zur Ruhe verwiesen erklärte K., er diene das vierte Jahr, ihm habe niemand zu befehlen. Als der Kadet-Offiziersstellvertreter W. daher kam, machte ihn der Sicherheitswachmann auf den Zugsführer K. aufmerksam. W. trat auf eine Gruppe von Soldaten, in deren Mitte sich K. befand, zu und fragte, was da los sei; während alle anderen die Ehrenbezeugung leisteten, tat dies K. nicht, schaute aber den Kadeten an und sagte: »nichts«. Aufgefordert, in die Kaserne zu gehen, widersetzte er sich, indem er sagte, er habe als Zugsführer das Recht, bis 11 Uhr auszubleiben, er habe nichts getan und lasse sich nicht arretieren. Es gelang aber doch dem Kadeten, ihn durch gütlichen Zuspruch zur Heimkehr in die Kaserne zu bewegen. In der Nähe derselben angelangt, lief jedoch Zugsführer K. wieder davon, zurück in das Gasthaus. Als ihm der Kadet folgte und ihn energisch zum Einrücken in die Kaserne verhalten wollte, da begann K. zu schreien, er lasse sich nicht arretieren, gestikulierte mit den Händen und erhob sogar drohend den Arm. Er mußte schließlich durch eine Patrouille in die Kaserne förmlich getragen werden, benahm sich auch dem Kaserninspektionsoffizier gegenüber äußerst frech und renitent, schimpfte darüber, daß er das vierte Jahr dienen müsse, rief, in der Mitte des Kasernhofes stehend: »1900er! laßt mich nicht, ich leide für Euch«! machte noch einen Fluchtversuch und mußte schließlich in den Arrest gebracht und gefesselt werden. Daselbst bekam er Brechreiz, fiel von der Pritsche herab und jammerte.

Am nächsten Morgen behauptete er, sich nur zu erinnern, daß ihn der Kadet W. zur Heimkehr in die Kaserne bewegen wollte und daß er sich widersetzt habe; an alle folgenden Vorkommnisse fehlte ihm jede Erinnerung.

Die einvernommenen Zeugen gaben wohl zu, daß K. zur kritischen Zeit ziemlich stark betrunken war, doch erklärten alle fast übereinstimmend, daß er sich seiner Handlungsweise bewußt gewesen sein mußte, denn er habe klar gesprochen und habe gut laufen können.

Auch der Regimentsarzt, welcher um seine Ansicht befragt wurde, erklärte, K. sei bis zum letzten Momente bei Bewußtsein gewesen, denn er habe erhobenermaßen klar gesprochen, sei gerade gegangen und habe durch seine Äußerungen eben das gesagt, was ihm am Herzen gelegen sei und was man unter dem Einflusse von genossenem Alkohol, aber nicht im total berauschten Zustande zu tun pflege.

Zugsführer K. wurde daraufhin am 30. November 1903 wegen Verbrechens der Subordinationsverletzung etc. nebst Degradierung zum Infanteristen mit mehrmonatlichem verschärften Kerker bestraft.

Am 6. Dezember brachte er die Bitte um Aktenrevision mit der Begründung vor, daß er sich zu schwer bestraft fühle, da er sich an die ihm zur Last gelegten Vorfälle infolge seines Rausches nicht erinnern könne.

In dem Gutachten des Militär-Sanitätskomitees wurde ausgeführt, daß sich K. bis zum Momente des Einschreitens seitens des Kadeten W. offenbar im Zustande einer durch das ziemlich große Quantum genossenen Alkohols bedingten schweren, jedoch anscheinend physiologischen Berauschung befunden hat und daß er möglicherweise — ohne diesen Zwischenfall — in die Kaserne gegangen wäre und seinen Rausch ausgeschlafen hätte; die Dazwischenkunft des Kadeten, beziehungsweise dessen Befehl, in die Kaserne zu gehen, welchen der Mann in seinem alkoholisierten, einsichtslosen Zustande als eine Beschränkung seiner persönlichen Freiheit empfunden haben mag, da ihm als Zugsführer tatsächlich das Recht bis 11 Uhr auszubleiben zustand, habe bei ihm einen Affekt hervorgerufen, der durch die zu dieser Zeit bestandene höhergradige Berauschung binnen kurzer Zeit einen pathologischen Grad angenommen habe. Die höhergradige Berauschung sei durch sein lärmendes Verhalten auf der Straße, die ganz unlogische Bemerkung dem Sicherheitswachmanne gegenüber, daß ihm niemand etwas zu befehlen habe, da er das vierte Jahr diene, durch die Unterlassung der Ehrenbezeugung und das disziplinwidrige Verhalten, als er vom Kadeten W. zur Heimkehr in die Kaserne aufgefordert wurde, erwiesen; sein ferneres ganz zweckloses und unvernünftiges Widerstreben sogar der Militärwache gegenüber, sowie sein sonstiges exzessives Verhalten, der klägliche Fluchtversuch und nicht zum mindesten die Amnesie für die ganze Zeit vom Momente der Dazwischenkunft des Kadeten bis zum nächsten Morgen sprächen für die pathologische Reaktion im Sinne des § 3 lit. *c*) M.-S.-G. Die Glaubwürdigkeit der Angaben des Beschuldigten speziell, daß ihm die Erinnerung von dem bezeichneten Augenblicke an fehle, erscheine insbesondere dadurch gestützt, daß er zugegeben habe, sich dem Kadeten widersetzt zu haben; doch erscheine seine Zurechnungsfähigkeit auch hiefür in Frage gestellt, da anzunehmen sei, »daß ein Individuum, welches infolge schwerer Berauschung plötzlich das Bewußtsein verliert, wohl auch in den letzten Minuten vor dem Eintritte dieses

Ereignisses im strafrechtlichen Sinne kaum mehr als zurechnungsfähig angesehen werden kann«. Dagegen könne dem Umstande, daß er klar gesprochen und gut habe gehen und laufen können, keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden, da diese Momente die Annahme eines pathologischen Rauschzustandes keineswegs ausschließen.

Der fortgesetzte übermäßige Alkoholgenuß führt zum chronischen Alkoholismus.

Zum Unterschiede von der akuten, vorübergehenden Alkoholvergiftung, besteht dieser in einer dauernden krankhaften körperlichen und psychischen Veränderung der betreffenden Persönlichkeit, die in der ersten Zeit wohl noch einer teilweisen oder gänzlichen Rückbildung bei vollständiger Abstinenz fähig ist, später aber in einen Zustand fortschreitender Degeneration übergeht und nunmehr eine Restitution ausschließt.

Die körperlichen Krankheitserscheinungen bestehen im Bereiche des Nervensystems in einem mehr weniger ausgesprochenen, namentlich im nüchternen Zustande vorhandenen Zittern der Zunge, Gesichtsmuskulatur und ausgespreizten Finger, Verengerung der Pupillen mit träger Reaktion derselben, verschiedenen neuritischen Erscheinungen (Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme, Störungen der Sensibilität und Motilität [Paresen, Krämpfe, namentlich der Wadenmuskeln], Herabsetzung, mitunter auch Steigerung der Sehnenreflexe etc.), epileptiformen Krämpfen usw.; außerdem finden sich die bekannten Veränderungen im Aussehen der Kranken (allgemeiner Habitus) und jene an den inneren Organen, unter denen die chronischen Verdauungsstörungen mit morgendlichem Erbrechen (vomitus matutinus) im Vordergrunde stehen.

Von weitaus größerer Bedeutung in forensisch-psychiatrischer Beziehung sind jedoch die psychischen Veränderungen, die hauptsächlich in einer fortschreitenden Abnahme (Demenz) der intelektuellen Leistungsfähigkeit (Unvermögen zu andauernder Arbeit, Abnahme der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, eigenartige Urteilsschwäche und Einsichtslosigkeit namentlich für den eigenen Zustand usw.), allmählichem Verlust der ethisch-moralischen Gefühle, zunehmender Reizbarkeit, Willensschwäche und allgemeiner Indolenz bestehen, so daß solche Individuen, unbekümmert um das Wohl und Wehe ihrer Familien, ihrer gesellschaftlichen Beziehungen, dienstlicher Verpflichtungen usw. und ohne Rücksicht auf ihr eigenes Ansehen und ihre Ehre, dem Laster der Trunksucht immer mehr verfallen, von Stufe zu Stufe

sinken, um schließlich im Zustande körperlicher und geistiger Verkommenheit ein vorzeitiges Ende zu finden.

Ich hatte vor kurzem einen jungen Offizier zu begutachten, der seit mehreren Jahren dem chronischen Alkoholübergenusse ergeben ist und offenbar infolge seiner zunehmenden Willensschwäche und krankhaften Indolenz nicht rechtzeitig Schritte unternommen hat, um den durch seine nachlässige Geldgebarung entstandenen Abgang an ärarischen Geldern zu decken. Trotzdem seine Angehörigen den Schaden sofort gut gemacht hatten, mußte er die gerichtlichen Folgen seines durch den chronischen Alkoholismus bedingten Leichtsinns tragen, denn er gestand unumwunden, daß er sich seiner mißlichen Situation wohl bewußt war, sich aber nicht aufraffen konnte, seine Familie rechtzeitig von der ihm drohenden Gefahr in Kenntnis zu setzen.

Im Verlaufe des chronischen Alkoholismus nimmt die Widerstandsfähigkeit der mit diesem Leiden Behafteten gegen den Alkohol ab. Sie werden quantitativ, häufig auch qualitativ intolerant, insoferne sie schon nach geringen Alkoholmengen berauscht werden und als sich bei ihnen pathologische Alkoholreaktion einzustellen pflegt, die nicht selten zu »komplizierten Rauschzuständen« führen kann.

Nicht zu vergessen ist ferner die große Neigung chronischer Alkoholiker zu Zuständen unmotivierter, zumeist ängstlicher Verstimmung, desgleichen zu illusionärer Verfälschung ihrer Wahrnehmungen, sowie zu Halluzinationen, welche namentlich in leichteren, weniger vorgeschrittenen Fällen häufig nur des nachts oder in der Dämmerung auftreten und zu Wahnbildungen verschiedenster Art führen können. Diese Zustände sind insbesondere dann von größter forensischer Wichtigkeit, wenn sie sich nur zeitweise, zumeist im Anschlusse an stärkere Trinkexzesse einstellen, weil sie häufig die Veranlassung zu blutigen Verbrechen abgeben, wie dies bei der von Krafft-Ebing beschriebenen »trunkfälligen Sinnestäuschung« mitunter der Fall ist.

Das nachstehende Beispiel zeigt, wie tief unter dem Einflusse des chronischen Alkoholismus ein Mensch sinken kann, der vor kaum zehn Jahren noch eine der elegantesten Erscheinungen in der Gesellschaft seiner Garnison war.

A. W., geboren 1868. Laut Angaben seiner Frau starben die Mutter des Patienten und zwei ihrer Brüder in der Irrenanstalt. Er selbst machte mehrere Schädeltraumen mit Gehirnerschütterung durch, ist seit 17 Jahren dem Trunke ergeben, war zweimal wegen Trunksucht in militärärztlicher Beobachtung und wurde schließlich, nachdem er eine Erbschaft von 40.000 fl. durchgebracht hatte, im Jahre 1897 (29 Jahre alt!) pensioniert. Im Jahre 1901 war er durch vier Wochen in der Irrenanstalt interniert. Seit beiläufig zwei Jahren trinkt er mit Vorliebe Rum, täglich um beiläufig 1 Krone, hat die

Rumflasche bei Tag und Nacht bei sich und leidet seit ungefähr derselben Zeit an epileptischen Anfällen. Im Vorjahre verlor er seinen Posten, war fast täglich betrunken, lärmte dabei und beschimpfte ohne jeden Grund seine Frau, ohne jedoch Zeichen von Eifersucht zu verraten.

Am 28. September 1903 stürzte er in einem epileptischen Anfalle auf der Straße zusammen, wurde nach Hause gebracht, war sehr unruhig und wußte nichts von dem Anfalle. Nach einigen Stunden trat abermals ein epileptischer Anfall auf. Während der Untersuchung durch den Polizeiarzt sprach er ganz unverständlich, konnte nicht seine Adresse angeben.

Auf die psychiatrische Klinik gebracht, erklärte er lächelnd, er sei durch einen Irrtum hierher gekommen, er habe zwar Anfälle, in denen er über den Durst trinke, von Herzkrämpfen wisse er jedoch nichts; im übrigen mischte er sich in läppischer Weise in die Vorgänge in seiner Umgebung und protestierte entschieden gegen den Inhalt des ärztlichen Pareres. Während der folgenden Tage delirierte er lebhaft, war zeitlich und örtlich desorientiert. Am 3. Oktober zeigte er sich nach längerem Schlafe klar und geordnet und wurde am 16. Oktober nach Delirium tremens geheilt entlassen.

Am 9. Dezember 1903 abermals der psychiatrischen Klinik übergeben. War seit seiner Entlassung täglich betrunken; seit 8 Tagen stark aufgeregt, schimpfte, lärmte und schrie beständig, erteilte seiner Frau »mit Kommandostimme« Befehle, warf gelegentlich die große Pendeluhr zu Boden. Am 6. Dezember epileptischer Anfall. Kam am 8. Dezember abends in äußerst aufgeregtem Zustande nach Hause, machte großen Lärm, schlief jedoch durch einige Stunden. Um $^1/_4$4 Uhr früh stand er auf, ging in Hemd und Unterhose im Hofe auf und ab, lärmte dabei und äußerte Verfolgungsideen; ins Zimmer zurückgekehrt, beschuldigte er seine Frau der ehelichen Untreue, zwang sie über einen vorgehaltenen Stock zu springen mit der Drohung, daß er sie sonst erschlage; hatte zuvor die Ausgangstüre abgesperrt und den Schlüssel an sich genommen.

Auf der Klinik gespächig, zeigt großen Bewegungsdrang, ist bald zuvorkommend, bald grob, schimpft auf seine Frau, die ihn ins Unglück gebracht habe, drückt sich um die Tatsache, daß er sein Ehrenwort gegeben, nichts zu trinken und es gebrochen habe. Sagt im Verlaufe des Examens, seine Eifersucht werde demnächst ein gerichtliches Nachspiel haben; er habe aus Liebe geheiratet, seine Frau fange aber jetzt ein Verhältnis mit einem 18jähr. »Lausbuben« an, das wolle ihm nicht in den Kopf gehen. Protestiert gegen die Zumutung, wegen Trunksucht pensioniert worden zu sein, rühmt sich aller möglichen persönlichen Vorzüge. Lachte gelegentlich mit einem Mitpatienten über das gemeinsame Unglück, negiert seine Trunksucht, beruft sich auf die von Anderen erhaltene Mitteilung, daß seine Frau einen jungen Menschen bei sich beherbergt habe, sagt, daß ihm das freundliche Entgegenkommen seiner Frau in der letzten Zeit verdächtig erschienen sei usw.

Wurde am 19. Dezember 1903 wegen seiner Zugehörigkeit zum Militär der Beobachtungsabteilung des Garnisonsspitales Nr. 1 übergeben. Im allgemeinen ruhig und geordnet, verkehrte er in unauffälliger Weise mit seiner Umgebung und der ihn besuchenden Frau, ließ aber gelegentlich der mehrmaligen Untersuchungen ausgesprochene körperliche und psychische Zeichen

von chronischem Alkoholismus erkennen. Epileptische Anfälle kamen während der ganzen Zeit nicht vor.

Über eigene Bitte und unter spezieller Zustimmung seiner Frau, trotzdem sie gewarnt worden war, wurde er am 17. Februar 1904 »gebessert« entlassen. Obzwar er mit allem Nachdrucke versprochen hatte, dem Trinken zu entsagen, ging er vom Spitale aus direkte ins Wirtshaus!

Kurze Zeit darauf wurde er wieder der Klinik überbracht, diesmal aber der Irrenanstalt übergeben.

Die vorstehende Krankengeschichte zeigt in erster Linie recht deutlich den fortschreitenden, unaufhaltsamen Verlauf des chronischen Alkoholikers, aber auch dessen Neigung zu transitorischen Erregungs- und Verwirrtheitszuständen unter dem Einflusse stärkerer Alkoholexzesse, desgleichen zu Wahnbildung (Verfolgungs-, Eifersuchtsideen), zu umschriebenen Geistesstörungen (Delirium tremens) und schließlich zum Auftreten epileptischer Anfälle. Auch das eigentümliche Verhalten der spezifischen alkoholepileptischen Anfälle im Gegensatze zu jenen der genuinen Epilepsie, die gleichfalls bei Alkoholikern vorkommen kann, ist hier deutlich zu ersehen, indem dieselben während der mit Alkoholabstinenz verbundenen Internierung fehlten, dagegen während der intervallären Zeit der gehäuften Alkoholexzesse ziemlich oft auftraten — ein deutlicher Beweis für die direkte Abhängigkeit dieser vom Alkoholkonsum.

Der zweite Fall, den ich hier anschließe, betrifft einen Sicherheitswachmann I. H., geboren im Jahre 1878, welcher am 16. Dezember 1903 dem Garnisonsspitale Nr. 1 zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben wurde.

Aus dem Berichte seiner vorgesetzten Behörde war zu ersehen, daß er am Vortage in Zivil — also nicht im Dienste — ausgeblieben war und in der folgenden Nacht um $^3/_4$4 Uhr über Aufforderung des Marqueurs eines Kaffeehauses arretiert wurde. Er hatte 6 Flaschen Bier, 13 Gläschen Kognak und einen schwarzen Kaffee mit Rum getrunken. Zum Zahlen aufgefordert, erlegte er 66 Heller und schleuderte im Verlaufe des Wortwechsels seine Uhr auf den Boden. Auf das Kommissariat gebracht, mußte er wegen seines exzessiven Benehmens bis zum Morgen im Arrest gehalten werden. Da er auch in der Frühe vollkommen desorientiert war, wurde seine Untersuchung durch den Polizeiarzt veranlaßt. Bei derselben erwies er sich über Zeit und Ort nicht orientiert, erkannte seine Umgebung nicht, war sehr aufgeregt. Das ihm gereichte Wasser hielt er für Wein mit Gießhübler und wartete damit den Umstehenden auf. Er wollte immer wieder in die Schule gehen und rühmte sich, während seines kurzen Dienstes mehrere »sehr schöne Arretierungen« vorgenommen zu haben.

Bei der nachmittags erfolgten Spitalsaufnahme machte er einen verlorenen, apathischen Eindruck, roch stark nach Alkohol, gab seine Generalien höchst notdürftig an, behauptete unter anderem, daß seine Dienstzeit »$2^1/_2$ Jahre

oder 9 Monate« betrage, daß er beim Militär im Jahre 87 oder 78 gedient habe und erwies sich auch örtlich desorientiert. Die körperliche Untersuchung ergab träge Reaktion der Pupillen, lebhafte Unruhe der vorgestreckten Zunge und der mimischen Gesichtsmuskulatur, feinwelliges Zittern der vorgestreckten Hände und Steigerung der Patellarsehnenreflexe.

Am folgenden Tage — während der Nacht hatte er gut geschlafen — noch immer desorientiert, erklärte er um 10 Uhr vormittag, er müsse fortgehen, um in die Telegraphenschule zu kommen, die um 5 Uhr früh beginne, berichtete, »im Traume« Tiere gesehen zu haben und bezeichnete den Regimentsarzt nach längerem Nachdenken als Revierinspektor. Bei der Nachmittagsvisite behauptete er, ganz gesund zu sein und nicht zu wissen, warum er hierher — in das allgemeine Krankenhaus — gebracht worden sei, ließ eine bedeutende motorische Unruhe erkennen und hielt den Arzt für den Bezirksinspektor.

In der Nacht wurde er plötzlich wach, begann in großer Erregung zu zu schreien, er werde von einem Räuber verfolgt, der ihn erschießen wolle. Am 19. Dezember erzählte er, daß ihn an diesem Tage ein großer schwarzer Mann schon einigemal habe stechen wollen. Der »Räuber« sei mit dem Messer bis an sein Bett getreten.

Während der folgenden Nacht fuhr er plötzlich mit großer Angst auf und behauptete, daß der »schwarze Mann« in der Zimmerecke stehe.

Am 20. früh berichtete er über den Vorfall und fügte hinzu, daß ihn der Mann auch habe vergiften wollen, er sei mit einem Topfe zu ihm gekommen und habe ihn aufgefordert, den Inhalt auszutrinken. Im übrigen erwies er sich im großen und ganzen orientiert, sprach die Ärzte bei ihrer Charge an, gab auch zu, sich krank zu fühlen, ohne aber hierüber genauere Auskunft zu geben. An seiner Halluzination hielt er jedoch ohne Korrektur fest. Er berichtete hierauf über eine Arretierung, die er am Tage vor seiner gegenwärtigen Erkrankung vorgenommen habe. Da er in Zivil gekleidet gewesen sei, habe ihm der Revierinspektor dies ausstellig bemerkt, worauf er sehr erregt in ein Gasthaus gegangen sei; seither fehle ihm jede Erinnerung; er erklärte schließlich, die Ärzte heute zum erstenmal zu sehen.

Trotzdem er in den folgenden Tagen vollkommen klar wurde und sich über seine Lage und Umgebung genau orientiert zeigte, so gab er doch ungefähr bis zum 10. Jänner l. J. immer wieder an, daß ihm der schwarze Mann allnächtlich erscheine, in einer ungewöhnlichen Größe (zirka 4 *m*) dastehe, ihn anschaue, oder mit einem langen Messer bedrohe. Das Wartepersonale bestätigte, daß er oft während der Nacht mit dem Ausdrucke großer Angst erwache und um Schutz vor den Bedrohungen durch den schwarzen Mann bitte.

Erst am 20. Jänner erklärte er, nunmehr einzusehen, daß die Erscheinung, die er seit beiläufig zehn Tagen nicht mehr gesehen, in Wirklichkeit gar nicht existiert habe und wahrscheinlich nur eine Einbildung gewesen sei. Er habe aber auch jetzt noch ein unheimliches Gefühl in sich, sei zeitweise aufgeregt und leide ab und zu an Kopfschmerzen.

Im übrigen berichtete, er daß er seit seiner Militärdienstzeit regelmäßig trinke und sich am 2. Dezember 1903 wegen chronischen Magenkatarrhs krank gemeldet habe. Er wiederholte ferner den schon verzeichneten Vorfall am

15. Dezember und gab mit Bestimmtheit an, sich nunmehr zu erinnern, daß er in aufgeregtem Zustande im Gasthause zu trinken begonnen habe; erst im Spitale sei er nach einigen Tagen wieder zu sich gekommen.

Die Mutter ergänzte die Anamnese dahin, daß der Großvater des Observanden Trinker gewesen sei; er selbst sei nur einmal betrunken nach Hause gekommen. Er habe sich Im Jahre 1902 durch Sturz eine Schädelverletzung zugezogen.

Er wurde am 25. Jänner l. J. nach Alkohol-Halluzinose geheilt mit der Bemerkung entlassen, daß er sich für deu Sicherheitswachdienst nicht eigne.

Wie das vorstehende Beispiel zeigt, — was übrigens auch schon früher hervorgehoben wurde —, können sich bei chronischen Alkoholisten infolge verschiedener Ursachen Zustände herausbilden, in welchen dieselben namentlich in der Dunkelheit und Nacht an Illusionen und Halluzinationen leiden, während sie sonst vollkommen klar und geordnet erscheinen. Es ist begreiflich, daß derartige Momente bei der forensisch-psychiatrischen Beurteilung von wesentlichem Belange sein können, weshalb die Möglichkeit einer solchen »Halluzinose« nicht übersehen werden darf.

Im übrigen ist die Frage der Zurechnungsfähigkeit chronischer Alkoholiker stets eine streng individuelle, in erster Linie von dem Grade der vorhandenen krankhaften Störung abhängige und unterliegt die Beurteilung solcher Persönlichkeiten den allgemein gültigen Grundsätzen der forensischen Psychiatrie.

Auf dem Boden des chronischen Alkoholismus können sich verschiedene Formen von Geistesstörung im engeren Sinne entwickeln.

Hierher gehört vor allem das Delirium tremens (Säuferwahnsinn). Dasselbe geht, wie schon der Namen besagt, mit Delirien und Zittern einher, welch letzteres sich namentlich an Händen und Zunge äußert, mitunter auch den ganzen Körper ergreifen kann.

Diese Psychose ist durch die große Mannigfaltigkeit der Sinnestäuschungen, vornehmlich des Gesichtssinns ausgezeichnet, für welche die große Zahl und die beständige Bewegung der Erscheinungen besonders charakteristisch ist. Die Kranken sehen massenhaft Ungeziefer, Mäuse, Ratten, Spinnen, Pferde, Menschen usw. in buntem Durcheinander, hören die verschiedensten Dinge zumeist unangenehmen Inhaltes, haben infolge von Parästhesien vielfach das Gefühl, als würden verschiedene Tiere auf oder unter der Haut herumkriechen usw.; sie sind in beständiger

Bewegung und befassen sich sehr häufig mit der ihnen in normalen Zeiten geläufigen Tätigkeit (Beschäftigungsdelir). Sie sind in hohem Grade suggestibel, wechseln z. B. Geld, welches man ihnen in fingierter Weise in die Hand drückt, lassen sich im allgemeinen leicht, jedoch nur vorübergehend fixieren, verwechseln vielfach die Personen ihrer Umgebung und sind zeitlich und örtlich desorientiert.

Während der Dauer des Anfalles, der sich gelegentlich an einen epileptischen anschließt, besteht vollständige Schlaflosigkeit; auch neigen die Kranken in hohem Grade zu vermehrter Schweißsekretion.

Zumeist führt die Erkrankung in einigen Tagen, und zwar nach einem kritischen Schlafe zur Genesung, doch kommen auch Fälle vor, wo die Delirien längere Zeit fortbestehen, der Ausgang in mehr lytischer Weise erfolgt; es können sich aber auch chronische Psychosen an ein Delirium anschließen.

Namentlich im Beginne dieser Geistesstörung, aber auch im Verlaufe derselben können insbesondere unter dem Einflusse der durch die Halluzinationen bedingten wahnhaften Verkennung der Umgebung leicht kriminelle Handlungen zustande kommen, doch wird die Erkennung des Krankheitszustandes und damit auch die Exkulpierung keinen besonderen Schwierigkeiten unterliegen. Dagegen bedarf es mitunter großer Vorsicht, um jene Fälle, die in atypischer Form zur Lösung kommen, bei denen sich ein Zustand länger dauernder Halluzinose mit oder ohne Wahnbildung entwickelt, nicht zu übersehen.

Das Delirium tremens kommt beim Militär hauptsächlich bei den zur Waffenübung einrückenden Reservisten vor; die chronischen Alkoholiker unter diesen begehen gewöhnlich vor ihrem Abgehen von der Heimat stärkere Alkoholexzesse und zeigen nicht selten schon bei ihrer Präsentierung die Zeichen der beginnenden Psychose.

Der akute halluzinatorische Wahnsinn der Trinker kommt seltener als das Delirium tremens vor und ist auch für den Militärarzt von geringerer Bedeutung.

Derselbe geht bei zumeist wenig getrübtem Bewußtsein mit einer der Paranoia ähnlichen Wahnbildung im Sinne von Verfolgung, mitunter auch von Größenwahn einher. Im Vordergrunde stehen hauptsächlich Gehörshalluzinationen, wobei die Kranken

die Stimmen mit großer Deutlichkeit hören und sehr oft den unfreiwilligen Zuhörer von Gesprächen abgeben, die sich mit ihrer Person befassen. Der Inhalt dieser Gespräche, sowie einzelner Bemerkungen und Zurufe ist häufig ein unangenehmer und peinlicher, behandelt nicht selten sexuelle Verirrungen, die dem Betreffenden zum Vorwurfe gemacht werden usw.

Mitunter suchen die Kranken die Vorgänge in ihrer Umgebung durch verschiedene mehr weniger komplizierte Umtriebe seitens ihrer Verfolger (Anwendung von im Keller aufgestellten Maschinen, Beeinflussung durch Elektrizität, Röntgenstrahlen, Benützung von Spiegeln, Mikrophon etc.) zu erklären.

Die Krankheit, welche nicht selten an Alkoholexzesse anschließt, dauert bei normalem Verlaufe gewöhnlich einige Wochen und führt zumeist zur Genesung, doch bleibt natürlich die eigentliche krankhafte Basis — der chronische Alkoholismus — fortbestehen.

Es ist leicht einzusehen, daß die im allgemeinen klaren und geordneten Kranken nicht immer gleich erkannt und dingfest gemacht werden, so daß sie in ihrem Wahne unschwer kriminelle Handlungen verüben können.

Im Gegensatze zu dem akuten Wahnsinn, beschreibt Kraepelin unter der Bezeichnung: »halluzinatorischer Schwachsinn der Trinker« (Alkoholparanoia) einen chronischen, nicht selten unheilbaren, mit Sinnestäuschungen und paranoider Wahnbildung einhergehenden Zustand, der sich sowohl an ein Delirium tremens, als auch an den akuten Trinkerwahnsinn anschließen kann.

Der Eifersuchtswahn ist eine bei chronischen Alkoholikern ziemlich häufige Erscheinung. Die vielfachen häuslichen Konflikte, welche notwendigerweise eine Lockerung der Beziehungen zwischen Mann und Weib herbeiführen, der Abscheu der Frau vor ihrem betrunkenen Mann, ihr begreifliches Widerstreben und viele andere Momente zeitigen bei dem Trinker unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen und wahnhaften Kombinationen allmählich die Überzeugung, daß ihm seine Frau nicht treu sei etc. und führen schließlich zu der genannten Form von alkoholischer Geistesstörung. Die Diagnosestellung stößt mitunter auf Schwierigkeiten, da die Angaben derartiger Kranker nicht unbedingt wahnhaft sein müssen; in anderen Fällen dagegen sind die vorgebrachten Behauptungen wegen ihrer Unsinnigkeit von Haus

aus als krankhaft zu erkennen. Der Eifersuchtswahn ist sehr oft die Ursache von an der Ehehälfte begangenen verbrecherischen Handlungen, selbst von Totschlag und Mord und verdient daher ein besonderes forensisches Interesse.

Die »Korssakowsche Psychose« wird gleichfalls zu den alkoholischen Geistesstörungen gerechnet, da sie in der überwiegenden Mehzahl der Fälle auf dem Boden des chronischen Alkoholismus zur Entwicklung kommt, doch gibt es zweifellos auch sehr ähnliche Fälle, in denen der Alkohol als ätiologisches Moment fehlt.

Diese höchst interessante Psychose ist abgesehen von dem ziemlich häufigen Befunde einer Polyneuritis vor allem durch den hohen Grad von Vergeßlichkeit, beziehungsweise Mangel der Merkfähigkeit für Ereignisse der jüngsten Vergangenheit und neuen psychischen Erwerb, dadurch bedingte schwere Störungen der Orientierung, Neigung zum Konfabulieren (Erinnerungsfälschungen) bei gut erhaltener Erinnerung für die weiter zurückliegende Vergangenheit gekennzeichnet.

Nach den neuesten Forschungen scheinen zwischen ihr und dem Delirium tremens nahe Beziehungen zu bestehen, so daß sie von einigen Autoren geradezu mit dem Namen »chronisches Delirium« bezeichnet wird.

Sie ist eine chronisch verlaufende Form von Geistesstörung, die sich gewöhnlich auf eine größere Zahl von Monaten erstreckt und in günstigen Fällen zu einer weitgehenden Besserung, jedoch nur äußerst selten zu wirklicher Heilung führt.

Auf die Beziehungen des chronischen Alkoholismus zur progressiven Paralyse werde ich bei der Besprechung der letzteren zurückkommen.

Eine Sonderstellung muß der »Dipsomanie« eingeräumt werden, welche wohl zu zeitweise auftretenden, gehäuften Alkoholexzessen führt, von der aber zumeist Leute befallen werden, die in der anfallsfreien Zeit entweder gar keinen oder nur wenig Alkohol zu sich zu nehmen pflegen. Dieser Zustand leitet sich gewöhnlich mit einer mehr weniger tiefen Verstimmung ein und drängt den Betreffenden mit unwiderstehlicher Macht zum fortgesetzten Genuß geistiger Getränke, die auffallend gut vertragen werden; dadurch nur wird es möglich, daß diese »Quartalsäufer« oft tagelang in exzessiver Weise die verschiedensten Getränke

u sich nehmen, so lange sie eben ihr krankhafter Trieb azu drängt.

Es handelt sich hiebei wahrscheinlich um epileptische Zutände, deren Beziehungen zum Alkoholismus einerseits durch die igenartige Triebrichtung, andererseits durch die Folgen des in roßen Mengen konsumierten Alkohols gegeben sein dürften.

---

7. Die progressive Paralyse (Dementia paralytica).

Die progressive Paralyse ist eine bei Offizieren, aber auch bei länger dienenden Unteroffizieren ungemein häufige psychische Erkrankung. Im Verlaufe der letzten 10 Jahre habe ich unter 384 auf die Beobachtungsabteilung des Garnisonsspitales Nr. 1 aufgenommenen geisteskranken Offizieren 198mal die Diagnose progressive Paralyse stellen können.

Wenn sich auch die Annahme unwillkürlich aufdrängt, daß die eigentümlichen Verhältnisse, unter denen sich das Leben der Offiziere im allgemeinen abspielt, einen wesentlichen Anteil an der Häufigkeit dieser Psychose in der Armee haben dürfte, so lassen sich hierüber doch keine bestimmten Angaben machen.

Eines scheint sicher zu sein: Das ist der Zusammenhang der progressiven Paralyse mit einer vorausgegangenen luetischen Erkrankung. Die Erfahrung lehrt, daß die Lues gewöhnlich 10 bis 15 Jahre vor dem Auftreten der ersten Symptome der genannten Krankheit akquiriert wurde, doch kommen gelegentlich Fälle vor, bei denen diese Grenze teils nach unten, teils nach oben überschritten wird. Wichtig erscheint der Umstand, daß ziemlich oft von den Patienten versichert wird, es habe sich bei ihnen seinerzeit um einen ganz leichten Grad der luetischen Erkrankung gehandelt, so daß sie sich nur einer einmaligen Behandlung unterzogen haben, weil einerseits daraus geschlossen werden kann, daß nicht immer nur die schwereren Fälle von Lues zu Erkrankungen des Zentralnervensystems führen müssen und weil andererseits die Lues in der Anamnese leicht übersehen werden kann.

Wenn auch die Diskussion über die Frage, ob jeder Paralyse eine luetische Infektion vorausgegangen sein müsse, noch nicht abgeschlossen ist, so möchte ich doch auf Grund einer ziemlich großen Erfahrung, die ich sowohl an Patienten des Krankenstandes, als auch an Ambulanten im Garnisonsspitale Nr. 1 sammeln konnte, meine Überzeugung dahin aussprechen, daß nur

in einer sehr geringen Zahl von Fällen und da nicht mit voller Bestimmtheit der Nachweis einer nicht vorausgegangenen luetischen Erkrankung bei der Paralyse zu erbringen sein dürfte. Zum mindesten erhalte ich auf die in solchen Fällen direkte gestellte Frage, wann der Patient Lues akquiriert habe, fast ausnahmslos eine positive Antwort.

Dieser Tatsache gegenüber beweist der von mancher Seite vorgebrachte Einwand, daß so viele Menschen eine luetische Infektion durchgemacht haben und doch nicht an Paralyse, Tabes oder sonst einem Nervenleiden erkranken, nur, daß eben zum Zustandekommen der vorgenannten Krankheiten zu der vorausgegangenen Lues noch andere Momente hinzukommen müssen. Gerade der Umstand, daß die Paralyse in Offizierskreisen so sehr verbreitet ist, scheint für die Richtigkeit dieser Auffassung zu sprechen, denn das Verhältnis zwischen luetischer Erkrankung überhaupt und Paralyse scheint für die Offiziere im Vergleiche zum Zivile weit ungünstiger zu stehen — ein Beweiß, daß offenbar die spezifischen Verhältnisse beim Militär das Auftreten dieser gefürchteten Erkrankung begünstigen.

Worin diese spezifischen Verhältnisse gelegen sind, läßt sich, wie schon oben angedeutet wurde, nicht mit Sicherheit behaupten, doch dürften der ziemlich verbreitete gewohnheitsmäßige Übergenuß geistiger Getränke und andere Unzweckmäßigkeiten der Lebensweise (ungenügender Schlaf, häufiges Nachtwachen etc.) ferner Aufregungen und Kränkungen, wie sie nicht selten der militärische Dienst mit sich bringt, Enttäuschungen und alle sonstigen Momente, die auf den Einzelnen in seinem Kampfe ums Dasein einwirken, darunter zu verstehen sein. Auch die geistige Überanstrengung gelegentlich des Nachweises zur Erlangung der Stabsoffizierscharge hat in mehreren meiner Fälle zweifellos eine wichtige Rolle gespielt.

Wenn ich auch die von mancher Seite aufgestellte Behauptung: »Keine Paralyse ohne Lues« nicht als unbedingt sicherstehend betrachte, so möchte ich doch behaupten, daß die erfolgreichste Bekämpfung der Paralyse durch eine möglichste Verhütung luetischer Infektion zu erreichen wäre und in dieser Beziehung können die Militärärzte durch Belehrung, eventuell Vorträge segensreich wirken.

Ich denke immer wieder an einen jungen Generalstabsoffizier, den berechtigten Stolz seiner Familie, der sich am Tage seiner Ausmusterung aus

der Akademie mit Lues infiziert hat und mit 30 Jahren an Paralyse elend zugrunde gegangen ist!

Meines Erachtens wäre es unbedingt geboten, in den höheren Jahrgängen der Militär-Erziehungsanstalten die Zöglinge auf die Gefahr einer luetischen Infektion immer wieder aufmerksam zu machen und dieselben überhaupt bezüglich venerischer Erkrankungen eingehend aufzuklären.*)

Es wäre aber auch die Pflicht der Militärärzte, in jedem Falle einer luetischen Erkrankung — eingedenk des Umstandes, daß mitunter anscheinend ganz leichte Formen einer solchen zu Paralyse, Tabes etc. führen können — eine energische Kur einzuleiten und dieselbe im Verlaufe der nächsten Jahre in gewissen Zeitabschnitten immer wieder wiederholen zu lassen, auch wenn sich keine frischen Erscheinungen zeigen sollten. Wenn auch damit noch keineswegs die Möglichkeit einer nach Jahren auftretenden Erkrankung des Zentralnervensystems ausgeschlossen werden kann, so wird doch zum mindesten die Wahrscheinlichkeit hiefür stark herabgesetzt und erfüllt überdies der Arzt damit eine ernste Pflicht.

Was nun die progressive Paralyse betrifft, so ist dieselbe eine Erkrankung, die unter den verschiedensten Bildern verlaufen und nicht selten einen äußerst langsamen, geradezu schleichenden Beginn nehmen, daher auch im Anfange leicht übersehen werden kann. Gerade dieser letztere Umstand macht es notwendig, sich mit den Symptomen, welche die Stellung der Frühdiagnose ermöglichen, eingehend vertraut zu machen, denn es liegt im Wesen dieser Erkrankung, daß die von ihr Befallenen schon zu einer Zeit, wo die Psychose noch keineswegs manifest ist, vielfach Verstöße gegen Anstand und Sitte, ja selbst kriminelle Handlungen verüben können; auch kommt es nicht selten vor, daß sie unter dem Einflusse von Wahnideen (namentlich Größenwahn) sich in verschiedene vermögensrechtliche Unternehmungen einlassen, finanzielle Verfügungen treffen usw., die mitunter von schwerwiegenden Folgen begleitet sein können.

Speziell die so häufigen Verstöße gegen die Dehors, aber auch kriminelle Handlungen führen nicht selten bei Offizieren zu

*) Nicht minder wäre es angezeigt, den Knaben in den niederen Jahrgängen die verderblichen Folgen der Onanie vor Augen zu führen, weil es eine allgemein bekannte Tatsache ist, daß in den verschiedenen Pensionaten und demgemäß auch in den Militär-Erziehungsanstalten dem Laster der Onanie in erheblichem Maße gefröhnt wird.

langwierigen ehrenrätlichen oder gerichtlichen Untersuchungen, ja selbst zu Verurteilungen, bis endlich — mitunter erst nach längerer Zeit — der wahre Sachverhalt durch das Fortschreiten des Krankheitsprozesses klargestellt wird.

Ein sehr interessanter Fall dieser Art ist mir im Jahre 1899 untergekommen, wo ich bei einem Hauptmann, welcher wegen diverser ehrenrühriger Handlungen in ehrenrätliche Untersuchung geraten war, auf Grund von bei ihm in der letzten Zeit aufgetretenen Änderungen des Charakters, Zeichen beginnender psychischer Schwäche und nervöser Symptome den Verdacht auf eine beginnende progressive Paralyse ausgesprochen habe. Das Verfahren wurde darauf eingestellt. Der eigentliche Ausbruch der Paralyse erfolgte aber erst im heurigen Jahre und befindet sich der Kranke gegenwärtig in der Irrenanstalt.

Ein zweiter Fall betraf einen Husarenoberleutnant, welcher sich ohne jeden zwingenden Grund und trotz seiner sehr bescheidenen Verhältnisse auf einmal sieben Reitpferde anschaffte, dieselben mit ärarischem Hafer füttern und durch vier Husaren betreuen ließ. Er wurde nach durchgeführter strafgerichtlicher Untersuchung verurteilt und seiner Charge für verlustig erklärt. Nach beiläufig einem Jahre wurde er als ausgesprochener Paralytiker dem Beobachtungszimmer des allgemeinen Krankenhauses in Wien übergeben und konnte ich nachträglich aus den Untersuchungsakten den bestimmten Nachweis erbringen, daß der Kranke schon zur Zeit der Begehung der früher angeführten kriminellen Handlungen an progressiver Paralyse gelitten hat, worauf seine Rehabilitierung zufälligerweise einen Tag vor seinem Tode erfolgte.

Es ist daher nicht nur die Pflicht der Militärärzte, sondern auch der Auditore, sich speziell mit der progressiven Paralyse eingehend zu befassen und sich namentlich über die Frühsymptome derselben möglichst genau zu informieren.

Sehr häufig leitet sich die Paralyse mit einem neurasthenischen Vorstadium ein; zum mindesten deutet die Umgebung gewisse nervöse Symptome (Schlaflosigkeit oder vielfach gestörter Schlaf, Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, mitunter auch Ohnmachtsanfälle, leichte psychische und physische Ermüdbarkeit, häufige Stimmungsschwankungen etc.) im Sinne von Nervosität und es finden sich nicht selten auch Ärzte, welche den Zustand verkennen und dem Kranken wegen seiner vermeintlichen Neurasthenie eine Kaltwasserkur empfehlen. Entgegen der sonst bei Neurasthenikern fast ausnahmslos günstigen Wirkung einer solchen, verschlimmert sich der Zustand des beginnenden Paralytikers gewöhnlich in bedeutendem Maße, ja es kann sogar der Ausbruch der eigentlichen Psychose dadurch nicht unerheblich beschleunigt werden.

Vor einigen Jahren konstatierte ich bei einem Hauptmann das neurasthenische Vorstadium der Paralyse, fand ihn zwar in geistiger Beziehung noch ziemlich intakt, widerriet aber selbstverständlich seinen Angehörigen gegenüber den Gebrauch einer Kaltwasserkur; sie brachten aber doch den Kranken über anderen Rat nach Wörishofen. Dort machte er sich schon nach kurzer Zeit durch verschiedene auffällige Handlungen und schließlich durch ein Notzuchtsattentat, welches er coram publico an einer den besten Ständen angehörigen jungen Dame gelegentlich der Morgenpromenade auf einer taufrischen Wiese verübte, derart unmöglich, daß er unverzüglich einer Anstalt übergeben werden mußte.

Eines der frühesten psychischen Symptome der Paralyse ist eine mitunter auffallende Reizbarkeit der Kranken. Bezeichnend für das Krankhafte derselben ist das Maßlose des Affektes, das Mißverhältnis zwischen Ursache und Wirkung und die im allgemeinen kurze Dauer der Erregung.

Ich kenne mehrere Fälle, wo sich die Frauen von ihren an beginnender Paralyse leidenden Männern wegen deren brutalen Heftigkeit und Rücksichtslosigkeit, die sie bei ganz geringfügigen Anlässen, mitunter auch nur infolge von Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse an den Tag legten, und der Unmöglichkeit eines weiteren Zusammenlebens mit ihnen scheiden lassen wollten, bis sie schließlich über den wahren Grund dieser manchmal schon seit längerer Zeit bestandenen Charakterveränderung aufgeklärt wurden.

Nicht minder können die so häufigen Taktlosigkeiten und Verstöße gegen die gewöhnlichsten Regeln des Anstandes und der in der Gesellschaft eingeführten Formen schon frühzeitig zu Konflikten in der Ehe und auch in der Gesellschaft führen. Der häufig schon in den ersten Stadien der Erkrankung auftretende allmähliche Verlust der höheren (ethisch-moralischen) Gefühle und eine fast konstante rauschartige Trübung des Bewußtseins macht eben diese Kranken unfähig, das Unziemliche ihres Benehmens wahrzunehmen und jene feineren Rücksichten zu üben, die den Verkehr zwischen gebildeten Menschen regeln. Dadurch kann es vorkommen, daß ein solcher Kranker in Damengesellschaft schlüpfrige Reden führt, in mangelhafter, unordentlicher Kleidung im Salon erscheint, intime Familienangelegenheiten im Gasthause bespricht, reservate Dinge zum Gegenstande öffentlicher Diskussion macht.

Das Gefühl von Gehobenheit, das die Paralytiker oft schon im ersten Beginne ihrer Erkrankung beherrscht und das sich

namentlich mit beginnendem Größenwahn vergesellschaftet, veranlaßt sie, über ihre Verhältnisse zu leben, kostspielige Anschaffungen zu machen, sich überall vorzudrängen, von ihren günstigen Aussichten, raschem Avancement, mehrfachen Dekorierungen zu sprechen, was gelegentlich umso auffälliger in die Erscheinung tritt, als derartige Behauptungen mit den tatsächlichen Verhältnissen in grellem Widerspruche stehen und zu der früher bescheidenen, anspruchslosen Persönlichkeit ganz und gar nicht passen.

Besonders kennzeichnend für solche beginnende Paralytiker sind die Einkäufe und Bestellungen, die häufig von ihnen gemacht werden. Sie begnügen sich nicht damit, Sachen anzuschaffen, die vielleicht schon seit längerer Zeit das Ziel ihrer Wünsche gebildet haben oder die zum mindesten die Annehmlichkeit des Lebens zu erhöhen imstande sind, sondern sie kaufen die verschiedensten Dinge, wie sie ihnen gerade vor die Augen oder in die Hand kommen, unbekümmert um Zweck und Verwertbarkeit zusammen und gefallen sich besonders darin, einzelne Gegenstände dutzendweise zu kaufen oder zu bestellen.

Unter der Wirkung des zu solchen Zeiten gewöhnlich vermehrten Alkoholgenusses, gegen welchen sie zumeist intolerant sind, können ihr Benehmen und ihre Handlungen geradezu unberechenbar werden. Überdies begehen sie infolge ihrer sehr oft gesteigerten Geschlechtslust und bei dem Mangel entsprechender Hemmungen die verschiedensten Exzesse und geschlechtlichen Verirrungen.

Zum Beweise, wie tiefgehend die Störungen schon zu einer Zeit sein können, wo die Betreffenden noch in Amt und Würden sind und im allgemeinen für geistig normal gehalten werden, mögen folgende Beispiele dienen:

Ein Stabsoffizier machte in Uniform mit einer Köchin, die er auf der Straße kennen gelernt hatte, einen Ausflug mit der Bahn; einige Tage später bewirtete derselbe in einer Delikatessenhandlung eine zufällig anwesende fremde Gesellschaft, konnte jedoch die Zeche nicht bezahlen und versetzte Uhr und Ehering, ohne sie nachträglich auszulösen; ein Hauptmann überreichte im Theater einer in einer Loge befindlichen völlig unbekannten Dame vom Parkett aus unter auffälligen Gesten ein Bukett; ein anderer überstieg sogar die Bühnenbrüstung während der Vorstellung und suchte die Sängerin zu umarmen; ein Oberleutnant fuhr mit einer Halbweltdame, die er von der Straße weg zu sich in den Wagen geladen hatte, zu einem Juwelier und kaufte ihr um mehrere Tausend Gulden Schmuck, den seine Familie auch bezahlen mußte, da das Mädchen nicht mehr aufzufinden war;

ein Stabsoffizier kokettierte mit einer Dame, die sich in einem Restaurant in größerer Gesellschaft befand, in recht auffälliger Weise, schloß sich derselben beim Verlassen des Lokales unbekümmert um die Anderen an, machte am nächsten Tage der Familie seinen Besuch und verlobte sich sofort.

Im übrigen machen die Kranken sehr häufig schon in frühen Stadien einen auffallenden apathischen, verlorenen Eindruck. Sie sind vergeßlich, zerstreut, verlegen Dienststücke, unterlassen es, wichtige Befehle zu befolgen, verantworten sich gelegentlich in einfältiger, sonderbarer Weise. Sie verlieren das Interesse an ihren Obliegenheiten, vernachlässigen vielfach den Dienst, kommen zu spät oder gar nicht zur Beschäftigung, erteilen falsche oder ganz unsinnige Befehle, finden sich in den gewohnten Verhältnissen nicht mehr zurecht, verirren sich mitunter selbst in ihrer eigenen Wohnung, fassen erhaltene Befehle nicht richtig auf und führen sie demgemäß auch schlecht aus, machen sich verschiedener Unterlassungen und Eigenmächtigkeiten in der Rechnungslegung und Verwendung ärarischer Gelder schuldig, vergreifen sich gelegentlich an fremdem Eigentum usw. Insbesondere ergeben sich aus ihrer Vergeßlichkeit und Zerstreutheit vielfach Anstände.

Da sie sich gewöhnlich der Veränderung, die mit ihnen vor sich geht, nicht bewußt werden und auch das Unpassende oder Disziplinwidrige ihrer Handlungsweise nicht einzusehen vermögen, fühlen sie sich durch allfällige Ausstellungen und Zurechtweisungen tief gekränkt, bezeichnen dieselben als Sekkaturen und zeigen sich überhaupt in hohem Grade einsichtslos — ein deutliches Zeichen der zunehmenden Demenz.

Vermöge der ihnen eigentümlichen Kritiklosigkeit und Urteilsschwäche und unter dem Einfluße beginnender Wahnideen, stellen sie mitunter recht kühne, häufig ganz unsinnige Behauptungen auf, schmieden phantastische Pläne für die Zukunft, sehen aber das Unmögliche derselben oder berechtigte Einwände keineswegs ein und setzen sich mit der größten Gemütsruhe über dieselben hinweg.

Ihre Reizbarkeit führt nicht selten zu Streitigkeiten, ja selbst zu Beschimpfungen von Kameraden und Vorgesetzten, gelegentlich auch zu Akten von Willkür und Ungerechtigkeit gegen Untergebene. Bezeichnenderweise vermögen sie aber ihr dekorumswidriges Benehmen auch nachträglich nicht zu erfassen, ja es kommt nicht selten vor, daß sie schon nach kurzer Zeit den ganzen Vorfall vergessen haben und sich beispielsweise dem

von ihnen Beschimpften in der unbefangensten Weise wieder nähern.

Von hervorragender Wichtigkeit für die Diagnosestellung sind die nervösen und körperlichen Störungen bei der Paralyse, die gewöhnlich schon durch längere Zeit den psychischen Symptomen vorausgehen und während der ganzen Dauer der Erkrankung das klinische Bild in mehr minder erheblichem Grade beeinflussen.

Abgesehen von den noch später zu besprechenden »paralytischen Anfällen«, welche mitunter das erste Symptom der beginnenden Gehirnerkrankung bilden können, gehören hierher die Kopfschmerzen, die oft durch längere Zeit dem eigentlichen Beginne der Paralyse vorausgehen und nicht selten einen hohen Grad erreichen. Auch eine mitunter recht hartnäckige Schlaflosigkeit gehört zu den häufigen Beschwerden beginnender Paralytiker. Daneben finden sich gelegentlich Zustände von anscheinender Schlafsucht, die aber nicht so sehr auf ein vermehrtes Schlafbedürfnis, als vielmehr auf den Mangel an Interesse und Arbeitslust, sowie auf einen höheren Grad von Apathie zurückzuführen ist, so daß die teilnahmslosen, leich benommenen Kranken mitten in der Arbeit oder in anregender Gesellschaft einschlafen.

Neben diesen mehr allgemeinen nervösen Störungen können sich gelegentlich die verschiedensten Krankheitssymptome im ganzen Bereiche des Zentral- und auch peripheren Nervensystems finden, weil die progressive Paralyse eine Erkrankung ist, die das gesamte Nervensystem und damit auch den ganzen Organismus mehr weniger in Mitleidenschaft zieht.

In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle finden sich bei der Paralyse krankhafte Veränderungen an den Pupillen: Ungleichheit, abnorme Weite oder Enge, unregelmäßige Verziehung, Entrundung, ferner in beiläufig dreiviertel der Fälle die reflektorische Pupillenstarre. Ich möchte besonders darauf aufmerksam machen, daß die Prüfung auf dieses (Argyll-Robertsonsche) Symptom sehr häufig nicht richtig vorgenommen wird und daß man in den Krankengeschichten nicht selten »träge Pupillenreaktion« verzeichnet findet, während sie sich bei genauer Prüfung als prompt herausstellt. Dieselbe wird in der Art ausgeführt, daß sich der Arzt mit dem Rücken zu einer womöglich intensiven

Lichtquelle dem — unter einem Winkel von beiläufig 45 Gra ad zu ihm stehenden — Patienten gegenüberstellt und ihn aufforder ert mit dem der Lichtquelle näheren Auge einen bestimmten Punk der Stirne des Arztes zu fixieren. Indem der Arzt — oder auc der Patient — das andere Auge des Kranken mit einer Han vollständig bedeckt, beschattet und belichtet er mit der zweite Hand das zu untersuchende Auge, jedoch in der Art, daß de Kranke fortwährend den zu fixierenden Punkt auf der Stirne de Arztes sieht. Man kann sich dadurch in vollkommen einwandfreie Weise überzeugen, ob sich die Pupille bei Beschattung erweiter beziehungsweise bei Belichtung verengert oder nicht, in welch c letzterem Falle die reflektorische Pupillenstarre erwiesen ist. Wir die Untersuchung nicht in dieser oder in einer ähnlichen Ar durchgeführt, wobei es wesentlich darauf ankommt, daß das zu untersuchende Auge stets einen und denselben Punkt fixiert, während das andere geschlossen wird, so können leicht Ver-änderungen in der Pupillenweite durch die akkommodative Reaktion herbeigeführt werden, welche gewöhnlich bei Paralyse und Tabes gefunden wird, während die Lichtreaktion fehlt.

Der reflektorischen Pupillenstarre kommt ein hoher diagnostischer Wert zu, denn sie ist ein streng objektives Symptom, kommt, wie schon früher erwähnt, in beiläufig 75 % aller Fälle von Paralyse vor und geht vor allem sehr häufig jahrelang dem eigentlichen Ausbruche der Erkrankung voraus. Da sie aber auch bei Tabes, ferner bei Alcoholismus chronicus und anderen Vergiftungen (hervorgerufen durch eine Polio-encephalitis superior) und auch mitunter in Fällen von periodischem Irresein vorkommen kann, so darf ihr allein nicht eine ausschlag-gebende Bedeutung beigemessen werden. Ebenso muß stets im Auge behalten werden, daß Paralysen mit prompt reagierenden Pupillen nicht gar so selten sind. Die Fälle mit träger Pupillen-reaktion oder sehr geringer Exkursion der Iris bei Prüfung des Argyll-Robertsonschen Symptoms stellen den Übergang von dem normalen Verhalten zur reflektorischen Pupillenstarre dar und sind noch weniger beweisend als diese selbst.

Ebenso wie Augenmuskellähmungen nicht selten bei der Tabes als vorübergehendes Frühsymptom auftreten können, kommen sie gelegentlich auch bei der Paralyse vor; desgleichen sind Optikusatrophien verschiedenen Grades bei der letzteren

Erkrankung nicht so selten, was bei der großen Verwandtschaft zwischen Tabes und Paralyse kaum besonders auffallend ist.*)

Recht häufig findet man Ungleichheit der Innervation des Mundfacialis, mitunter auch beiderseitiges Verstrichensein der Nasolabialfalte, wodurch die Gesichtszüge der Kranken die charakteristische Schlaffheit erhalten. Das Zittern (Beben) der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen oder Zähnezeigen ist ein recht häufiger Befund bei der Paralyse, seltener kommt das Knirschen mit den Zähnen oder Schnalzen mit der Zunge, desgleichen fortgesetzte Kaubewegungen vor.

Mitunter leitet sich die Paralyse mit krankhaften Störungen im Bereiche des Hautsinnes ein. Hartnäckiges Jucken oder neuralgische Schmerzen, mitunter auch eine besondere Überempfindlichkeit gegen Kälte veranlaßt die Kranken, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Von besonderer Wichtigkeit ist aber die sich mit der Zeit fast konstant entwickelnde Analgesie, die in späteren Stadien gewöhnlich die Ursache aller möglichen Verletzungen wird, da die gegen Schmerz unempfindlichen und auch sonst achtlosen Kranken ihrer Körperoberfläche nicht die nötige Aufmerksamkeit angedeihen lassen. Ich erinnere mich eines Paralytikers, der sich vor meinen Augen ein Panaritium ohne das Gesicht zu verziehen aufgedrückt hat, wobei der Eiter buchstäblich herausspritzte. Auch die diversen Selbstbeschädigungen, die sich die Kranken durch beständiges Zupfen, Beißen und Reiben usw. zuziehen, sind leicht durch diese mitunter hochgradige Herabsetzung der Schmerzempfindung zu erklären.

Das Verhalten der Reflexe kann ein verschiedenes sein. Zumeist besteht eine mehr minder hochgradige Steigerung der Reflexerregbarkeit, so daß selbst Patellar- und Fußklonus auszulösen sind. In anderen, jedoch selteneren Fällen, können die Patellarsehnenreflexe etc. herabgesetzt sein, ja selbst ganz fehlen; mitunter erlöschen die anfangs gesteigerten Reflexe, oder umgekehrt; gelegentlich findet man auch Differenzen in der Reflexerregbarkeit auf den beiden Körperhälften.

Dieses verschiedene Verhalten der Reflexe hängt vor allem von der Art und dem Grade der bei der Paralyse fast ausnahmslos vorkommenden Affektion des Rückenmarkes ab. Wenn die

*) Nicht uninteressant ist, daß gerade bei den Fällen von Optikusatrophie selbst mit vollständiger Erblindung Gesichtshalluzinationen vorzukommen pflegen.

krankhaften Störungen in diesem mehr die Seitenstränge betreffen, dann treten mehr die spastischen Erscheinungen mit Steigerung der Sehnenreflexe in den Vordergrund, sind dagegen mehr die Hinterstränge ergriffen, dann prävalieren die tabischen Symptome. Im letzteren Falle findet man gewöhnlich auch miotische, reflektorisch starre Pupillen, höhergradige Ataxie usw., wiewohl nicht übersehen werden darf, daß es sich sehr häufig hiebei nicht um eine eigentliche Tabes, sondern um einen dieser sehr ähnlichen Symptomenkomplex handelt.

Entsprechend den soeben angeführten Verhältnissen sind auch die so häufigen Störungen von seite der Blase verschieden, und zwar findet man im allgemeinen bei krankhaften Prozessen in den Seitensträngen einen Reizungszustand im Sphinkter, bei jenen der Hinterstränge eine Schwäche oder Lähmung des M. detrusor vesicae. Dabei muß jedoch stets darauf geachtet werden, daß vielen Fällen von Blasenstörungen bei Paralytikern nur insoferne krankhafte Verhältnisse zugrunde liegen, als die Patienten vermöge ihrer Demenz und herabgesetzten Empfindlichkeit des fallweise eintretenden Urindranges nicht recht bewußt werden, so daß dadurch Harnretention und Überdehnung der Blase mit Harnträufeln zustandekommt.

Die krankhaften Störungen der Sprache gehören zu den wichtigsten pathognomonischen Symptomen der Paralyse; sie zerfallen in aphasische und artikulatorische. Die ersteren können die verschiedensten Zustände, wie sie aus der Pathologie der Gehirnkrankheiten zum großen Teile bekannt sind, darstellen (Aphasie, Paraphasie, Worttaubheit usw.); die artikulatorischen Sprachstörungen, zu denen auch das allgemein bekannte »Silbenstolpern« gehört, bestehen in der Unmöglichkeit vieler Paralytiker, den zum korrekten Sprechen notwendigen komplizierten Mechanismus zu beherrschen. Die erschwerte und vielfach gestörte Innervation der Lippen- und Zungenmuskulatur behindert die deutliche Aussprache der einzelnen Buchstaben, Silben und Wörter, wodurch die Sprache undeutlich, »verwaschen« wird. Um diese Sprachbehinderung möglichst auszugleichen, sprechen die Kranken nicht selten langsamer, bleiben mitunter auch im Sprechen stecken (Haesitieren); gelegentlich kommt es zu dem sogenannten Skandieren, wie es für die multiple Sklerose charakteristisch ist.

Das Silbenstolpern beruht darauf, daß die Kranken nicht imstande sind, die Laute zu Silben und diese wieder zu Wörtern

zusammenzuordnen, wodurch es kommt, daß sie beim Aussprechen namentlich schwererer Wörter einzelne Buchstaben, mitunter auch ganze Silben auslassen, durch andere Buchstabenzusammenstellungen ersetzen, die einzelnen Silben verstellen usw. Zur Prüfung dieser Art von Sprachstörung eignen sich die Worte: Exterritorialität, Inkompatibilität, dritte reitende Gardeartilleriebrigade u. ä. Noch deutlicher als beim Nachsprechen zeigt sich diese Art von Störung beim lauten Vorlesen, wobei Auslassungen von Silben und Wörtern, Verstellungen, Zusammenziehungen usw. vorkommen können.

Nicht minder wichtig und charakteristisch als die Störungen der Sprache sind jene der Schrift. In gewisser Beziehung verdienen diese sogar den Vorzug; denn man kann aus denselben, wenn sie aus einer früheren Zeit stammen und die charakteristischen Auffälligkeiten bieten, nicht selten eines der wichtigsten Momente für die Diagnosestellung zu einer bestimmten, mehr weniger zurückliegenden Zeit ableiten.

Sie beziehen sich sowohl auf die Ausführung der einzelnen Schriftzüge, als auch auf die Zusammenstellung der Buchstaben zu Wörtern und auf die äußere Form. Die Schriftzüge lassen fast ausnahmslos die Gleichförmigkeit vermissen; sie sind unregelmäßig, ausfahrend und unsicher, sehr häufig auch zitternd; Auslassungen oder Wiederholungen von Buchstaben, Silben und selbst ganzen Wörtern oder Verstellungen solcher, unvollendete Sätze usw. lassen sich in den Schriftstücken von Paralytikern ungemein häufig finden; die äußere Form zeigt vielfache Mängel, Korrekturen, Tintenflecke usw.; besonders kennzeichnend ist der Umstand, daß die Kranken mitunter über das Papierblatt hinausschreiben ohne es zu merken. In zweifelhaften Fällen kann ein Vergleich mit der Schrift aus früheren Tagen von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Abgesehen von diesen feineren Störungen der Koordination, die in der Sprache und Schrift zum Ausdruck kommen, pflegt sich schon frühzeitig bei Paralytikern ein gewisser Grad allgemeiner Ungeschicklichkeit herauszubilden, der sie selbst in der Ausübung ihres Berufes (Musiker, Instrumenten-, Uhrmacher usw.) beeinträchtigen und schließlich soweit gedeihen kann, daß die Kranken den Gebrauch ihrer Gliedmaßen ganz verlernen und regungslos im Bette liegen.

Zu den somatischen Störungen gehören ferner gewisse Veränderungen, die sich bei den Paralytikern unter dem Einflusse des den gesammten Organismus destruierenden Krankheitsprozesses herausbilden und die zum großen Teile mit dem Ausdrucke »trophische Störungen« bezeichnet werden. Es sind dies die große Neigung dieser Kranken zur Dekubitusbildung, die leichte Fragilität der Knochen (namentlich der Rippen), die besondere Disposition zur Ohrblutgeschwulst (Othaematom*) usw.

Der Verlauf der progressiven Paralyse kann sich sehr verschieden gestalten und erscheint der Hinweis nicht unwichtig, daß sie gelegentlich das Bild anderer Psychosen vortäuschen kann. Irrtümer sind daher keineswegs ausgeschlossen, und zwar umsoweniger, als manchmal die für die Diagnosestellung der in Rede stehenden Geistesstörung äußerst wichtigen nervösen Symptome, die den psychischen gewöhnlich durch mehr weniger lange Zeit vorauszugehen pflegen, erst später zur Entwicklung kommen, zu einer Zeit also, wo bereits ausgesprochene Zeichen von Geistesstörung zu finden sind.

Ein sehr lehrreicher Fall dieser Art soll im nachstehenden Erwähnung finden:

Hauptmann H. K. übernahm im November 1902 das Kompagniekommando von seinem erkrankten Vorgänger und sollte diesem die Gebühren in dessen Urlaubsort senden. Am 22. November meldete der beurlaubte Hauptmann, daß er die Gebühren noch nicht erhalten habe. Zur Äußerung verhalten, gab K. an, er habe das Geld in der Höhe von rund 600 K am 31. Oktober abgesendet, auf eine private Mitteilung hin, daß es nicht angelangt sei, ein zweitesmal aus eigenen Mitteln aufgegeben, die erste Sendung reklamiert und die Rezepisse dem Kameraden zugeschickt. Da am 30. November eine neuerliche Meldung einlief, daß das Geld noch immer nicht gekommen sei, und daß man am Postamte auch von einer Reklamation nichts wisse, meldete K. seinem Regimentskommandanten mit »lächelndem« Gesichte, die Sache beruhe auf einem Irrtume und auf der Vergeßlichkeit des Kameraden. Die Frau des letzteren habe ihm geschrieben, das Geld sei angelangt, ihr Mann habe es in ein Buch gelegt und darauf dann vergessen; auch die Angelegenheit mit der Reklamation der Geldsendung sei bereits in Ordnung; das Reklamationsschreiben und die Rezepisse habe er schon bei sich, der reklamierte Geldbetrag sei jedoch noch nicht zurückgelangt, es müsse auf der Post etwas geschehen sein. Er wurde nun beauftragt, die beiden Meldungen des kranken

*) Das Othaematom kommt infolge der abnormen Brüchigkeit der Gefäße unter dem Einflusse von selbstverschuldeten oder erlittenen Traumen zustande und besteht in einem Blutaustritte zwischen Knorpel und Haut der Ohrmuschel; anfangs eine entzündliche Geschwulst, führt es später zu Schrumpfung und Verbildung des Knorpels.

Hauptmanns schriftlich zu erledigen, die Rezepisse, das Reklamationsschreiben, sowie den Brief der Frau vorzulegen. Am folgenden Tage — dem 1. Dezember — legte er ein Rezepisse über 318 K vor, welches Geld er jedoch am selben Tage aufgegeben hatte. Das Datum am Poststempel war durch einen Tintenfleck möglichst unkenntlich gemacht. Trotz Urgenz brachte er die übrigen von ihm verlangten Dokumente nicht zur Vorlage, behauptete, daß das vorliegende Rezepisse die zweite Geldsendung in der Höhe von 318 Gulden und nicht Kronen betreffe und sagte schließlich, als er aufmerksam gemacht wurde, daß das Geld erst am 1. Dezember aufgegeben worden sei, mit lächelnder Miene, es müsse ein Irrtum seitens der Post vorliegen. Mit dem Bataillonsadjutanten zur Post geschickt, woselbst als Aufgabedatum der 318 Kronen der 1. Dezember konstatiert worden war, meldete K. nach seiner Rückkehr auf die Bemerkung des Regimentskommandanten, daß er demnach eine unrichtige Angabe gemacht habe, »mit verblüffender Verlogenheit«, er habe ja ohnedies gesagt, daß die Postanweisung am 1. Dezember expediert worden sei. Auch seine Meldung, daß er die übrigen Dokumente am Morgen seinem Manipulierenden behufs Vorlage im Dienstwege übergeben habe, erwies sich als unwahr.

Bei der kommissionellen Übergabe der Kompagnie fehlten 717 Kronen an ärarischen Geldern. K. behauptete, das Geld in seiner Wohnung zu haben. Während er sich in Begleitung der Kommission dahin begab, rauchte er eine Zigarette nach der anderen, trank in der Kantine ein Gläschen Schnaps und legte in der Wohnung angekommen, eine 20-Kronennote und ein Stück Papier auf den Tisch mit der in ruhigstem Tone vorgebrachten Behauptung, daß dies den Betrag von 717 Kronen repräsentiere. Bei der daraufhin angeordneten ärztlichen Untersuchung wurden bei ihm die gewöhnlichen Symptome des chronischen Alkoholismus konstatiert und überdies in dem Befunde und Gutachten ausgeführt, daß K. seit Herbst 1902 Herzbeklemmungen und Ohnmachtsanwandlungen, Kopfschmerz, Schwäche in den Füßen empfinde, über Schlaflosigkeit, Angstgefühle, Vergeßlichkeit, Zerstreutheit klage und diese Zustände auf lange dauernden Mißbrauch von Alkohol und Nikotin zurückführe. Schon am folgenden Tage — 4. Dezember 1902 — wurde Hauptmann K. dem Garnisonsspitale mit der Diagnose »Delirium tremens« übergeben. Das am 23. Dezember erstattete Gutachten hatte auszugsweise folgenden Wortlaut: »K. zeigt auf körperlichem Gebiete grobe oszillatorische Zitterbewegungen der Finger und der Zunge, eine mäßige Lebervergrößerung und Magenerweiterung, ferner leichte Stauungserscheinungen der Zirkulation im Gesichte (Kupfernase). Auf geistigem Gebiete ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme irgend einer Gemüts- oder Verstandesstörung, insbesondere finden sich keine Symptome des im chefärztlichen Berichte erwähnten Säuferwahnsinns (Delirium tremens). Die körperlichen Symptome sind die Folge langjährigen Alkoholmißbrauches und als solche einer Restitution nicht zugänglich. Die geistigen Funktionen des Untersuchten werden aber gegenwärtig durch diese chronischen Folgeübel in pathologischer Weise nicht beeinflußt; derselbe ist demnach in jeder Ansehung als geistig gesund und zurechnungsfähig zu erklären«.

Durch die gerichtliche Untersuchung wurde festgestellt, daß der Beschuldigte im Verlaufe der letzten Jahre ziemlich bedeutende Schulden kontrahiert hat und dem Alkoholübergenusse in exzessiver Weise ergeben war. Bezüglich seines Geisteszustandes sprachen sich mehrere Zeugen dahin aus,

daß K. mit Rücksicht auf die bei ihm öfters beobachtete Zerstreutheit und Vergeßlichkeit, sein nicht zusammenhängendes Reden und sein Verhalten in den letzten 14 Tagen nicht ganz zurechnungsfähig zu sein scheine. Auch das Aufsichtspersonale des Garnisonsarrestes, sowie die Mitgefangenen bestätigten, daß K. nicht normal sei, denn er sei zerstreut, springe von einem Thema auf das andere über, benehme sich taktlos, sei von sich sehr eingenommen, zeitweise kindisch, dann wieder aufgeregt, schreie und singe ohne Rücksicht auf seine Umgebung usw.

Bei den gerichtlichen Verhören gab er im allgemeinen sachgemäße Antworten, zeigte sich über den Stand seiner Schulden gut orientiert, machte aber vielfach Angaben, die den Tatsachen nicht entsprachen und den Schein bewußter Lüge leicht hervorrufen konnten.

Am 5. März 1903 wurde K. abermals dem Garnisonsspitale zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben. Das Gutachten vom 22. März lautete gleichfalls negativ, jedoch mit dem Bemerken, daß es sich bei ihm um eine infolge Alkoholübergenusses entstandene »Charakterveränderung« nach der schlechten Richtung und Verminderung der früheren Intelligenz handle, die jedoch den Gebrauch der Vernunft und damit auch die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschlössen.

Da seitens des Untersuchungsrichters die Einholung des Gutachtens des Militär-Sanitätskomitees erbeten wurde, erfolgte am 14. Juli 1903 die Aufnahme des Hauptmanns K. in die Beobachtungsabteilung des Garnisonsspitales Nr. 1. Hier konnte anfangs weder in der Weite, noch in der Reaktion der Pupillen irgend eine Abweichung von der Norm konstatiert werden; auch die Sprache und Schrift ließen keine Auffälligkeit erkennen. Das einzige greifbare Symptom im Bereiche des Nervensystems war — abgesehen von den Zeichen chronischen Alkoholismus — eine bedeutende Herabsetzung der Patellarsehnenreflexe. Sein Verhalten während der ersten Zeit machte vielfach den Eindruck des Absichtlichen und es drängte sich der Verdacht, daß K. simuliere, immer wieder auf. Im weiteren Verlaufe der Beobachtung stellte es sich jedoch heraus, daß K. zweifellos an progressiver Paralyse leidet.

Schon im Juli machte es sein intraitables, jedem Zuspruche unzugängliches, äußerst ungebärdiges Verhalten notwendig, ihn zeitweise in der Isolierzelle zu unterbringen. Die wiederholt unternommenen Versuche, ihn aus derselben herauszunehmen, erwiesen sich immermehr als unmöglich, da er rücksichtslos gegen seine Umgebung war, sich im Garten nackt auszog, vor Damen, die andere Kranke besuchten, seine Notdurft verrichtete, alles zerriß und sich absolut in keine Ordnung fügte. Als ich ihn einmal energisch verwies, sagte er mir lächelnd: »Ich werde Sie mit einem Revolver erschießen!« Er befand sich schließlich durch Wochen in einer anhaltenden, höhergradigen psychomotorischen Erregung, ließ ausgesprochene Ideenflucht erkennen, äußerte paralytische Größenwahnideen, trug den ganzen Tag die Holzwolle in der Zelle herum, lärmte und schrie, zerriß sofort Pölster und Decken, sowie die eigene Leibwäsche, wenn man sie ihm versuchsweise wieder einmal in die Zelle gab, verweigerte zeitweise die Nahrung, schlief sehr unruhig und ungenügend und geriet mitunter in derartige tobsüchtige Erregungen, daß prolongierte Bäder und selbst Hyoszininjektionen notwendig wurden.

Der Fall gestaltete sich dadurch sehr interessant, daß sich während des Spitalsaufenthaltes bei dem Kranken Störungen der Sprache einstellten, daß die Patellarsehnenreflexe im Gegensatze zu der bei der Aufnahme konstatierten Herabsetzung eine bedeutende Steigerung erfuhren und daß die Pupillen ungleich weit und träge reagierend wurden.

Das vom Militär-Sanitätskomitee am 15. November 1903 abgegebene Gutachten hatte folgenden Wortlaut.

Gutachten.

»Wie aus dem beiliegenden Beobachtungsjournale des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien hervorgeht, zeigt Hauptmann K. ein Verhalten, welches nur durch die Annahme einer Geistesstörung erklärt werden kann. Er befindet sich seit vielen Wochen im Zustande höhergradiger psychomotorischer Erregung, welche sich zeitweise bis zur Tobsucht steigert und die Anwendung beruhigender Mittel notwendig macht; er bietet das Symptom der sogenannten Ideenflucht, produziert gelegentlich schwachsinnige Größenwahnideen und läßt eine fortschreitende Abnahme seiner Intelligenz erkennen.

Schon kurze Zeit nach der im Juli l. J. erfolgten Aufnahme in den Krankenstand des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien erwies er sich derart intraitable, jedem Zuspruche unzugänglich und ohne Rücksicht auf die Regeln des Anstandes und der Gesellschaft, daß er isoliert werden mußte. Der seither wiederholt unternommene Versuch, ihn aus der Zelle herauszunehmen und ihm den Verkehr mit anderen Kranken zu ermöglichen, scheiterte immer wieder an seinem völlig einsichtslosen, unbotmäßigen Verhalten.

Die Beurteilung des Falles gestaltete sich dadurch schwer, daß bei der Aufnahme in den Krankenstand des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien außer einer Herabsetzung der Patellarsehnenreflexe, die möglicherweise als Alkoholwirkung aufzufassen war, keine charakteristischen Krankheitssymptome nachweisbar waren. Gegenwärtig findet sich dagegen eine beträchtliche Steigerung der tiefen Reflexe, Ungleichheit der Pupillen, welche zwar deutlich, aber nur mit geringer Exkursion und träge auf Licht reagieren, sowie zeitweise wahrzunehmende Störungen der Sprache, so daß im Zusammenhalte mit dem psychischen Zustande kein Zweifel darüber bestehen kann, daß Hauptmann K. an progressiver Paralyse leidet.

Die Erfahrung lehrt, daß diese Form von Geistesstörung in ihrem ersten Beginne sehr leicht übersehen werden kann und daß mitunter erst nach längerer Zeit eine präzise Diagnosestellung möglich ist. In dem vorliegenden Falle dürfte überdies der Umstand, daß der Untersuchte dem chronischen Alkoholübergenusse ergeben war, dazu beigetragen haben, den Beginn der gegenwärtigen Erkrankung zu übersehen, beziehungsweise das Krankheitsbild zu verkennen, weil gewisse psychische Ausfallserscheinungen, welche dem chronischen Alkoholismus eigen sind, auch das Anfangsstadium der progressiven Paralyse kennzeichnen.

Tritt man nun an die Frage heran, ob Hauptmann K. bereits zu der Zeit, in welcher er die ihm zur Last liegenden Handlungen begangen hat, mit der gegenwärtig bei ihm bestehenden Geistesstörung behaftet war, so muß dieselbe auf Grund des vorliegenden Aktenmateriales entschieden bejaht werden.

Abgesehen davon, daß eine Reihe von Zeugen den abnormen Geisteszustand des Untersuchten zur kritischen Zeit bestätigen, beziehungsweise seine normale Geistesbeschaffenheit in Zweifel ziehen, zeigte er den vorliegenden Akten zufolge im November und anfangs Dezember 1902 ein höchst auffälliges Verhalten, welches — allerdings vom Standpunkte des nunmehrigen Beobachtungsergebnisses — nur durch die Annahme einer bereits damals bestandenen, beziehungsweise in der Entwicklung begriffenen Geistesstörung erklärt werden kann. Denn er bekundete gelegentlich seiner Verantwortung bezüglich der vom Hauptmann . . . erstatteten Anzeige eine Naivetät und Gemütsruhe, desgleichen bei der kommissionellen Übergabe der Kompagnie eine Unverfrorenheit, daß nur die vorstehende Annahme zulässig erscheint.

Das Militär-Sanitätskomitee gibt demnach sein Gutachten dahin ab, daß Hauptmann K. gegenwärtig an progressiver Paralyse, einer unheilbaren Geistestörung, leidet, mit dieser Krankheit bereits zur inkriminierten Zeit behaftet und demgemäß unzurechnungsfähig war.

Derselbe verbleibt im Krankenstande des Garnisonsspitales Nr. 1 und wird zur Abgabe an eine Irrenanstalt beantragt werden.« *)

Mit dem Vorbehalte, daß es sich hiebei nicht um scharfe Abgrenzungen handelt und daß jederzeit Übergänge, beziehungsweise ein Übergreifen der einen auf die andere Form möglich ist, unterscheidet man im allgemeinen vier Formen von progressiver Paralyse.

1. Die demente Form, welche ziemlich häufig vorkommt, wird durch eine fortschreitende Abnahme sämtlicher geistiger Qualitäten bis zur gänzlichen Verblödung charakterisiert. Gelegentlich können auch Wahnideen, leichte Erregungszustände usw. vorkommen, doch beherrschen dieselben niemals in besonderer Weise das Krankheitsbild; im Vordergrunde bleibt stets der fortschreitende geistige Verfall. Die noch später zu besprechenden paralytischen Anfälle pflegen bei dieser Form relativ häufig aufzutreten und sind nicht selten die Ursache des auch im allgemeinen nach verhältnismäßig kurzer Zeit erfolgenden Todes.

Das Fehlen von ausgesprocheneren Wahnideen und sonstigen mehr in die Augen springenden Symptomen bringt es mit sich, daß diese Form im Beginne sehr häufig übersehen wird und daß die Kranken gewöhnlich schon in einem vorgeschritteneren Stadium dem Arzte zugeführt werden.

2. Die depressive Form gehört auch zu den schwereren insofern, als sie ziemlich rasch zum Tode führt, wenig Neigung

*) Am 21. Jänner 1904 starb Hauptmann K. an allgemeiner Erschöpfung im Kollaps. Die Sektion ergab den typischen makroskopischen Befund einer Paralyse.

zu Remissionen (Schwinden der Krankheitserscheinungen) besitzt und als die Kranken unter dem Einflusse von Wahnideen höchst unangenehmen Inhalts namentlich im Beginne der Erkrankung vielfach zu leiden haben. Es handelt sich hiebei zumeist um eine schwere Verstimmung mit hypochondrischen, mikromanischen, Versündigungs- und Verfolgungsideen, die in der buntesten Weise mit einander abwechseln und den unsinnigsten Inhalt annehmen können. Die Kranken haben alle möglichen unangenehmen Empfindungen, halten sich beispielsweise für unheilbar krank, behaupten, der ganze Körper sei verfault, der Bauch sei eine große Höhle, in die die Speisen hineinfallen und unverdaut liegen bleiben, das Gehirn sei ausgeflossen, sie seien die größten Verbrecher, die nunmehr gehängt, gebraten, von Pferden zerrissen werden usw. Das Charakteristische dieser Wahnideen liegt in dem Mangel jeder Kritik und häufig auch in dem Fehlen des entsprechenden Affektes während die unsinnigsten, jeder Spur einer Möglichkeit entbehrenden Behauptungen vorgebracht werden. Es ist begreiflich, daß derartige Kranke nicht selten, um ihrer Pein ein Ende zu machen, Selbstmorde oder Selbstmordversuche verüben, die häufig ebenso sinnlos sind, wie die sie beherrschenden Wahnideen. Mitunter kommt es unter dem Einflusse von Angst zu förmlichen Ausbrüchen von Verzweiflung mit blindem Wüten, gelegentlich verfallen auch die Kranken in einen stuporösen Zustand, in welchem sie regungslos in ihrem Bette liegen und von ihrer Umgebung kaum eine Notiz nehmen.

3. Die expansive Form ist vor allem durch den mitunter ziemlich unvermittelt auftretenden Größenwahn gekennzeichnet. Gewöhnlich haben jedoch die Kranken bereits seit einiger Zeit die schon früher beschriebenen Zeichen der beginnenden Paralyse geboten, die aber häufig übersehen oder zum mindesten falsch gedeutet wurden. So kommt es gar nicht selten vor, daß die Angehörigen berichten, der Kranke sei vollkommen gesund gewesen und plötzlich mit seinen Wahnideen hervorgetreten. Dieselben bewegen sich anfangs noch halbwegs in den Grenzen der Möglichkeit; der Kranke erzählt von einem Haupttreffer, den er gemacht, von seiner bevorstehenden Vermählung mit einer mehrfachen Millionärin, von außertourlichem Avancement, Dekorierungen usw., fühlt sich ungemein wohl, kräftiger denn je, trifft Anstalten zu einer solennen Feier, schickt hiezu Einladungen aus, schreibt unzählige Briefe und Telegramme, macht massenhaft Bestellungen, begeht

Exzesse in baccho et venere etc. Er kommt durch sein aufgeregtes Verhalten rasch mit der Umgebung in Konflikt und wird sehr häufig in diesem Zustande der ärztlichen Behandlung zugeführt. Rasch wächst der Wahn ins Unermeßliche. Der Kranke, der heute von seinem Avancement zum Major oder Oberst spricht, ist in den nächsten Tagen Feldherr, Kaiser, Gott, »Obergott«, er ist Beherrscher aller Welten, fährt mittels selbsterfundener Flugmaschine auf den Mond, in einigen Stunden um die Welt, spricht von goldenen, diamantenen Palästen, verschenkt Millionen, ernennt seine Umgebung zu Grafen, Fürsten, Königen, verteilt Orden usw. Bezeichnend für den paralytischen Größenwahn ist die völlige Kritiklosigkeit, mit der der Kranke seine maßlosen, allen Naturgesetzen Hohn sprechenden, ganz unmöglichen Behauptungen mit der größten Gemütsruhe vorbringt, ferner die Unbeständigkeit der Wahnideen, die häufig rasch wechseln und schließlich die große Suggestibilität, die dem Kranken eigen ist und die es ermöglicht, daß man ihn durch Suggestivfragen und sonstige entsprechende Bemerkungen zu einer Steigerung seiner Wahnideen, mitunter auch zu einem vorübergehenden Einlenken veranlassen kann.

Die expansive Form der Paralyse ist verhältnismäßig selten und nimmt einen langsameren Verlauf dadurch, daß sich mehr minder lange Remissionen einzuschieben pflegen.

In einzelnen Fällen kommt es im Verlaufe der progressiven Paralyse zu depressiven und expansiven Phasen, welche sich auch einigemal wiederholen können (zirkuläre Form der Paralyse).

4. Die agitierte Paralyse ist die seltenste; sie zeigt im allgemeinen eine Steigerung der bei der expansiven Form beschriebenen Symptome. Der Größenwahn bewegt sich in den extremsten Grenzen; die Kranken befinden sich in bedeutender psychomotorischer Erregung, schreien, lachen, singen bei Tag und Nacht, sind unrein, verweigern oft die Nahrung und können infolge von Erschöpfung rasch vom Tode ereilt werden (galoppierende Paralyse).

So verschieden auch die einzelnen Erscheinungsformen der Paralyse sein mögen, so ist doch allen Fällen, wenn nicht durch interkurrente Ursachen ein vorzeitiges Ende erfolgt, der Ausgang in Verblödung und Tod gemeinschaftlich; allerdings kann der Verlauf mitunter ein sehr verschiedener und wechselvoller sein.

Insbesondere sind es die sogenannten Remissionen, die selbst in vorgeschritteneren Fällen eine derart weitgehende Besserung herbeiführen können, daß die über den Kranken bereits verhängte Kuratel wieder aufgehoben und die Frage einer eventuellen Genesung ernstlich erwogen werden kann. Im allgemeinen wird sich aber eine solche anscheinende Genesung bei genauerer Betrachtung doch nur als eine Scheinheilung herausstellen, indem in allen Fällen wirklicher Paralyse gewisse psychische Ausfallserscheinungen (Herabsetzung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit, Labilität der Stimmung usw.) fast immer nachzuweisen sind.

Dessenungeachtet kann aber die Möglichkeit keineswegs ausgeschlossen werden, daß ein Paralytiker, wenn es sich bei ihm tatsächlich um eine Remission und nicht nur um ein einfaches Nachlassen der Krankheitserscheinungen (Erregungszustände, Wahnideen usw.) handelt, wieder in seine früheren Verhältnisse rückversetzt, speziell, daß einem Offizier die Einrückung zum Dienste gestattet werde. Wenn dies unter Beobachtung gewisser Kautelen geschieht (Orientierung der Vorgesetzten, unauffällige ärztliche Überwachung, Zuteilung auf Posten, die mit keiner besonderen Verantwortung verbunden sind usw.), so kann aus einer solchen Verfügung kaum je ein besonderer Schaden erwachsen, dem Kranken dagegen, eventuell auch seiner Familie durch eine solche humane, nicht engherzige Beurteilung so manche Kränkung erspart und materieller Vorteil zugewendet werden.

Diese Auffassung erscheint umso berechtigter, als die Erfahrung lehrt, daß Remissionen, wenn auch selten, so doch jahrelang andauern können, und daß die Leistungsfähigkeit eines Paralytikers während dieser Zeit ziemlich bedeutende Grade, gelegentlich sogar den gleichen wie in gesunden Tagen erreichen kann.

Auch die »paralytischen Anfälle« sind geeignet, den Verlauf der verschiedenen Formen der Paralyse in eigenartiger Weise zu beeinflussen. Dieselben können entweder als Frühsymptom, oder in den späteren Stadien der Erkrankung vorkommen und sind im allgemeinen sehr mannigfaltiger Art.

Leichte Schwindelanfälle, aphasische Störungen, Paresen und Lähmungen zumeist von kurzer Dauer, epileptiforme Krämpfe mit Bewußtseinsverlust, apoplektiforme Anfälle mit plötzlichem Zu-

sammensinken mit oder ohne nachträgliche Lähmungen und viele andere — kleineren oder größeren Hirnbezirken entsprechende — motorische oder sensorische Reiz- und Lähmungserscheinungen usw. werden beobachtet und können mitunter an sich, oder auch durch Folgekrankheiten (Schluckpneumonie, Zystitis etc.) zu einem vorzeitigen Ende führen.

Wie schon im Verlaufe der bisherigen Ausführungen an einzelnen Stellen angedeutet wurde, ist die progressive Paralyse in forensischer Beziehung eine ungemein wichtige Erkrankung, und ist es daher die Pflicht der Ärzte im allgemeinen, insbesondere aber der Militärärzte, — aus den schon früher angeführten Gründen — im konkreten Falle die Diagnose rechtzeitig zu stellen.

Diesbezüglich möchte ich auf folgendes aufmerksam machen:

Die progressive Paralyse tritt am häufigsten zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre auf; deshalb soll bei dem Vorkommen psychischer Erkrankungen in diesem Alter immer auch an die Möglichkeit einer Paralyse gedacht werden. Sie leitet sich zumeist mit dem bereits beschriebenen neurasthenischen Vorstadium ein. Zu dieser Zeit findet man gewöhnlich schon einzelne körperlichen Symptome und, wenn man darauf achtet, auch gewisse psychische Ausfallserscheinungen.

Das Hauptsymptom der progressiven Paralyse bildet ein fortschreitender, bis zur gänzlichen Verblödung führender Verfall der Geisteskräfte, welcher sich vornehmlich in einer zunehmenden Erschwerung der Auffassung, Abnahme der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, sowie der psychischen Leistungsfähigkeit im allgemeinen, in Zerstreutheit und Urteilsschwäche, in Anomalien der Stimmung mit besonderer Neigung zu erhöhter Reizbarkeit bei geringer Nachhaltigkeit der Affekte und in einem allmählichen Schwinden der höheren (ethisch-moralischen) Gefühle äußert und mit einer Reihe nervöser Reiz- und Lähmungserscheinungen einhergeht.

Wie schon mehrfach hervorgehoben wurde, können Verstöße gegen die Dehors, Taktlosigkeiten, Subordinationsverletzungen, unredliche Manipulationen mit Geld oder Geldeswert, Käufe und Bestellungen usw. bei paralytischen Offizieren leicht zu ehrenrätlichen oder gerichtlichen Untersuchungen führen. In solchen Fällen wird es die Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen sein, den Beweis zu erbringen, daß die von dem Betreffenden verübten

inkriminierten Handlungen bereits den Ausfluß der beginnenden oder schon vorgeschritteneren Paralyse sind. Mit diesem Nachweise hat der Sachverständige seine Aufgabe vollständig erfüllt, denn in dem Momente, wo die Diagnose »progressive Paralyse« mit Sicherheit gestellt werden kann, ist auch die unbedingte Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des § 3 lit. *a*), beziehungsweise § 5 lit. *a*) M.-S.-G. als vorhanden anzusehen. Zur Begründung dieser Behauptung zitiere ich aus dem »Handbuche der gerichtlichen Psychiatrie« von Prof. Dr. Hoche folgende Stelle:

»Die Feststellung einer Krankheit, die erfahrungsgemäß die für das psychische Leben wesentlichsten Bestandteile des Gehirns in großer Ausdehnung zerstört und damit die ganze geistige Persönlichkeit in Mitleidenschaft zieht und schließlich vernichtet, erlaubt für keine auf diesem Boden erwachsende Handlung die Annahme, daß sie von krankhaften Einflüssen frei geblieben sei. Die sichere Diagnose auf progressive Paralyse stellt also immer den Träger der Krankheit unter den Schutz des § 51 des St.-G.-B. (scl. des deutschen). Alle Schwierigkeiten liegen also in der diagnostischen Entscheidung.«

Was die Bedeutung der einzelnen bei der Paralyse als Frühsymptome vorkommenden Krankheitserscheinungen anlangt, so hat im allgemeinen folgendes als Richtschnur zu gelten: Ausgesprochene Veränderungen des Charakters, Labilität der Stimmung, Vergeßlichkeit und Zerstreutheit, fortschreitende Abnahme der Intelligenz usw. im Vereine mit gewissen körperlichen Zeichen (reflektorische Pupillenstarre, Störungen der Sprache und Schrift, Veränderungen an den Reflexen usw.) werden die Diagnose mit voller Sicherheit stellen lassen; dagegen sind die reflektorische Pupillenstarre und sonstige nervöse Symptome ohne Möglichkeit des Nachweises der charakteristischen psychischen Schwäche nicht beweisend, denn auch die Tabes und der chronische Alkoholismus zeigen mannigfache nervöse Symptome, die bei der Paralyse gefunden werden und kommen überdies speziell beim chronischen Alkoholismus gewisse psychische Ausfallserscheinungen vor (geistige Abschwächung, Gemütsstumpfheit usw.), so daß mitunter nur die größte Vorsicht vor einem Irrtum zu bewahren vermag.

Es darf aber nicht übersehen werden, daß sich gelegentlich bei einem chronischen Alkoholiker eine progressive Paralyse

entwickeln kann, in welchem Falle neben den Zeichen des chronischen Alkoholismus jene der Paralyse immer mehr in den Vordergrund treten werden.*)

Es kann aber auch vorkommen, daß sich ein beginnender Paralytiker infolge seiner Geistesstörung in exzessiver Weise dem Trunke ergibt, so daß sich dann in einem solchen Falle neben den Erscheinungen der Paralyse auch solche des chronischen Alkoholismus finden.

Im Gegensatze zu dieser »alkoholischen Paralyse« befindet sich die »alkoholische Pseudoparalyse«, ein auf dem Boden des chronischen Alkoholismus zustandekommender, der Paralyse ähnlicher Krankheitszustand, der sich aber von dieser sowohl durch die Ätiologie, als auch durch den weiteren, mehr gutartigen Verlauf unterscheidet, wiewohl auch in diesen Fällen eine ziemlich weitgehende Verblödung zu erfolgen pflegt.

Noch schwieriger, als der Nachweis einer gegenwärtig bestehenden Paralyse unter Umständen sein kann, gestaltet sich häufig die Beantwortung der in Foro gelegentlich gestellten Frage, ob der Inkulpat, welcher dermalen an Paralyse leidet, bereits zur Zeit der von ihm vor mehreren Monaten, eventuell vor ein bis zwei Jahren begangenen strafbaren Handlungen mit dieser Krankheit behaftet war. In manchen Fällen wird diese Frage mit voller Bestimmtheit nicht zu beantworten sein; mitunter lassen aber doch eine eingehende Anamnese, das Aktenstudium und insbesondere der Nachweis von charakteristischen Schriftstörungen in allenfalls vorliegenden, aus der kritischen Zeit stammenden schriftlichen Aufzeichnungen eine präzise Formulierung des Gutachtens zu.

Von prinzipieller Wichtigkeit ist schließlich die Frage der Zurechnungsfähigkeit eines Paralytikers im Zustande einer wirklichen Remission. Unter der Voraussetzung, daß solche Fälle selbstverständlich streng individualisierend zu beurteilen sind, diene als allgemeine Richtschnur, daß man selbst bei einer weitgehenden Remission, sobald sich nur gewisse psychische Ausfallserscheinungen nachweisen lassen, stets aut Unzurechnungsfähigkeit im Sinne der §§ 3 und 5 lit. *a*) zu erkennen hat.

---

*) In dem oben beschriebenen Falle (Hauptmann H. K.) scheint es sich um eine solche Kombination gehandelt zu haben. Zum mindesten war derselbe seit Jahren dem Trunke ergeben und wurden bei der Autopsie die für die Paralyse charakteristischen Veränderungen am Gehirn konstatiert.

Im nachstehenden führe ich zwei Krankengeschichten an, welche in überaus anschaulicher Weise dartun, was alles unter Umständen ein Paralytiker begehen, beziehungsweise unterlassen kann, bis er endlich erkannt wird, und wie selbst vorgeschrittenere und ausgesprochene Fälle gelegentlich eine falsche Beurteilung erfahren können.

1. Im September 1900 erstattete der Rechnungsunteroffizier T. mit Umgehung des Dienstweges über seinen Eskadronskommandanten, Rittmeister F., eine Anzeige mit der Entschuldigung, daß er es für seine Soldatenpflicht erachte, die vorgesetzten Behörden darauf aufmerksam zu machen, daß sich die Eskadron in einem geradezu desolaten Zustande befinde. Bei der am 6. Oktober vorgenommenen Skontrierung stellte sich heraus, daß die verschiedenen Journale, Vormerkungen etc. seit Monaten nicht mehr geführt wurden, daß die Lieferanten zum Teile nicht gezahlt waren und es wurde ein Manko an ärarischen Geldern in der Höhe von rund 3000 Kronen konstatiert. In der Strafanzeige wurde ausgeführt, daß F. »durch seine an Schwachsinn grenzende Beschränktheit und damit verbundene Taktlosigkeit bei jeder Gelegenheit aufgefallen sei«. Bei der Skontrierung sei er nicht imstande gewesen, die Lage richtig zu beurteilen; er habe sich einerseits unaufhörlich in der konfusesten Weise wiederholt und Sachen erwähnt, um die er nicht gefragt war und die sich mit dem gerade behandelten Gegenstand in keinem Zusammenhange befanden; andererseits habe er nicht begreifen können, daß er vom Dienste suspendiert und in Arrest gesetzt werden solle. Er habe sich im September 1900 — einige Wochen vor der Skontrierung — um ein anderes Kommando beworben, woraus zu schließen sei, daß er sich der desolaten Verhältnisse bei der Eskadron kaum bewußt gewesen sein dürfte.

Im Verlaufe des Gerichtsverfahrens wurde eine geradezu erdrückende Menge von Beweisen gesammelt, aus denen mit Bestimmtheit zu schließen war, daß er schon im Jahre 1899 an Paralyse gelitten hat. So berichtete die Mutter, daß sich seine Reizbarkeit, während er im Frühjahr wegen eines Augenleidens (Lues) im Spitale war, derart gesteigert habe, daß von den Ärzten Tobsuchtsanfälle befürchtet wurden. Nach seiner im Juli 1899 erfolgten Verlobung habe er die Vermögensverhältnisse der Braut, trotzdem er über dieselben genau informiert worden war, in einer derart konfusen Weise entstellt, »daß schon damals Bedenken, über seinen Geisteszustand laut wurden«. Er provozierte Auftritte seiner Braut gegenüber bei jeder Gelegenheit; so beim Einkaufe von Möbeln, bei Besuchen, und fiel sein sonderbares Benehmen allgemein auf. »Sein Temperament wechselte im Augenblicke von der größten Zärtlichkeit zur rüdesten Art.« Er machte unnütze verschwenderische Bestellungen, schrieb wochenlang seiner Braut nichts, dafür an einem Tage einen 28 Bogenseiten langen, schwulstigen, inhaltslosen Brief. Eine Dame, in deren Hause F. wiederholt seine Braut im Jahre 1899 besucht hatte, berichtete: »Er zeigte sich als ein furchtbar aufgeregter Mensch, machte seiner Braut, wie ich von dieser hörte, wiederholt die heftigsten Szenen, manchmal sogar in meiner Gegenwart, und äußerte sich mir gegenüber mehrfach in so geradezu pöbelhafter Weise über seine Braut, daß ich Zweifel an seiner

normalen geistigen Verfassung hegte.« F. saß einmal mit seiner Braut und seinem Bruder in einem Lokal; als der Bruder die Braut auf einen bekannten Herrn aufmerksam machte und ihr den Namen desselben nannte, provozierte F. »eine peinliche Szene«, sprang auf und schrie, er bitte sich das aus, das sei keine Lebensart und zwang die Braut zum sofortigen Verlassen des Lokals. Er war »in lächerlicher Weise« eifersüchtig und löste zur allgemeinen Verblüffung im Mai 1900 die Verlobung mit der Begründung, daß man ihn hintergangen und falsch berichtet habe. Er fiel darauf durch seine hochgradige Teilnahmslosigkeit auf, klagte über starke Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und gab seiner Befürchtung Ausdruck, daß er noch in diesem Jahre sterben werde. Dessenungeachtet erzählte er kurze Zeit nach dieser Mitteilung, daß er in sieben Jahren Oberst sein werde und für zwei Dekorationen eingegeben sei, die er sich wählen könne! Aus der großen Fülle des vorhandenen Materials möchte ich noch folgendes anführen: »Er zeigte eine große Reizbarkeit; bei jeder Kleinigkeit gab es Streit; er war rechthaberisch, widersprach überall. Einmal gingen wir ins Gasthaus speisen, er begann von Familienangelegenheiten zu sprechen, fertigte die Kellner ab, schlug aber dann Lärm, daß man ihn nicht bediene.« Den Kellnern gab er guldenweise Trinkgelder und bemerkte auf die Vorstellung seiner Schwester, daß sie das nicht verstehe. Ein Stabsoffizier seines Regimentes gab zu Protokoll: »Ich wiederhole hier nur, daß F. mit einer über das gewöhnliche Maß hinausreichenden Beschränktheit eine derartige Taktlosigkeit in Äußerungen, Gesprächen und Handlungen offenbarte, daß ich an seinem klaren Verstande schon wiederholt zweifeln mußte. Einige Tage noch vor dem 5. Oktober 1900 ereignete es sich beispielsweise, daß er über die Verhältnisse im Regimente bei Tisch vor Kadetten und jüngeren Kameraden derartig taktlose Bemerkungen machte, daß ich Anlaß zu einer dienstlichen Zurechtweisung F's nehmen mußte, worüber er selbst ganz erstaunt und seinen Fehler einzusehen nicht in der Lage war. Ich hatte den Eindruck, daß er im Glauben war, mich mit seiner Taktlosigkeit geradezu großartig unterhalten zu haben.« Bei den Übungen war er konfus, konnte sich in die jeweilige Situation nicht hineinfinden und wurde einmal wegen seiner Unaufmerksamkeit und Zerstreutheit zur Verantwortung gezogen. Ein Kamerad sagte: »Ich glaube, F. leidet an Größenwahn. Seine Selbstüberhebung ist derart maßlos, daß ich manchmal an seinem Verstande wirklich gezweifelt habe. Dabei ist F. geistig außerordentlich arm.« Einmal stellte F. einen Unteroffizier beim Regimentsrapporte vor und erhielt den Auftrag, denselben wegen Unfähigkeit zur Beurlaubung zu beantragen; er tat dies jedoch nicht, sondern beantragte seine Beförderung! Den Rechnungsunteroffizier P. beschuldigte F. eines Tages des Betruges, verfaßte über ihn die Strafanzeige, zog sie dann wieder zurück, ließ ihn jedoch ganz ungerechtfertigterweise durch mehrere Wochen in Präventivhaft halten. Als dieser Unteroffizier gelegentlich in den Krankenstand des Spitales abgegangen war, ersuchte F. telegraphisch das Kommando, den Mann als Deserteur zu behandeln, weil er sich nicht abgemeldet und seine Geschäfte nicht übergeben habe; in Wirklichkeit behauptete aber dieser Zeuge, er habe wiederholt vor seinem Abgehen in das Spital dem Rittmeister die Verrechnung vorgelegt, die dieser jedoch immer abgelehnt habe, da er einen viel höheren Betrag zu fordern hätte.

Bei den gerichtlichen Verhören war er sehr oft nicht in der Lage, auf die an ihn gerichteten Fragen zu antworten, da er sich an die betreffenden Vorkommnisse entweder gar nicht oder nur undeutlich erinnern konnte. Unter anderem gestand er ein, er habe nicht gewußt, daß seine Eskadron für Petroleum und sonstige kleinere Bedürfnisse 375 Kronen schuldig sei!

Anfangs März 1901 wurde er endlich dem Garnisonsspitale zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben. Bei der körperlichen Untersuchung wurde hochgradige Pupillenenge und reflektorische Starrheit derselben, linksseitige Fazialisparese, Zittern der Zunge und der Hände, abgespannter Gesichtsausdruck und zeitweise Zuckungen der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen konstatiert. Das Gutachten lautete natürlich auf progressive Paralyse, doch wurde überflüssigerweise in einer Ergänzung desselben ausgeführt, daß die konstatierte Geistesstörung alle Handlungen des Rittmeisters, »welche mit der strafbaren Tat im Zusammenhange stehen, in hohem Maße derart beeinflußt hat, daß Einsicht und Willensbestimmung bei ihm zwar nicht aufgehoben, jedoch stark beeinträchtigt waren. Es war demnach bei Beginn und Ausführung der inkriminierten Handlungen eine gewisse Abschwächung des Verstandes vorhanden«. Das Gutachten des Militär-Sanitätskomitees lautete auf Unzurechnungsfähigkeit (§ 3 lit. *a)* M.-S.-G.).

2. Der zweite Fall betrifft den Rittmeister T., welcher am 16. Juli 1901 einen ihm aus Gesundheitsrücksichten bewilligten zweimonatlichen Urlaub antreten und seine Eskadron in allen Teilen an den Rittmeister D. übergeben sollte. Da sich ein Manko von rund 4000 Kronen und überdies 3000 Kronen an Schulden für nicht gezahlte Unterkunftsgebühren und Forderungen von Lieferanten herausstellte, wurde die gerichtliche Untersuchung eingeleitet und durch dieselbe folgender Sachverhalt festgestellt:

Rittmeister T., der früher fast spartanisch einfach und bescheiden lebte, auf jeden Komfort verzichtete und ein tüchtiger Eskadronskommandant war, so daß er den größten Teil seiner Zeit dem Dienste widmete, begann im Verlaufe des Jahres 1901 eine ganz auffallende Änderung seiner Verhältnisse zu zeigen. Er richtete sich in geradezu luxuriöser Weise ein, kaufte Perserteppiche, Messingmöbel, verschrieb sich aus Hamburg 10 Stück Papageien in Messingkäfigen, bezog importierte Havannazigarren, spanische Weine, die feinsten Delikatessen usw. Dabei fiel er allgemein durch seine Vergeßlichkeit und Zerstreutheit auf. Um seine Eskadron kümmerte er sich fast gar nicht, sagte dem Wachtmeister, wenn dieser von ihm ein Geld für die Bedürfnisse der Eskadron verlangte, mit lächelnder Miene, er könne es ihm nicht geben, weil er sich verschiedene Sachen habe anschaffen müssen. So kam es, daß der Wachtmeister den Mietzins für die Kaserne zur Auszahlung der Löhnung an die Mannschaft verwendete, im übrigen die Forderungen der Lieferanten schuldig blieb. T. lebte unbekümmert darum auf gutem Fuße, führte gelegentlich ganze Orgien in seiner eleganten Wohnung mit Freudenmädchen auf, die sein Diener mittels Wagens aus der in der Nähe gelegenen Stadt abholen mußte, und bekundete bei jeder Gelegenheit eine ganz verblüffende Sorg- und Einsichtslosigkeit.

Einmal kam er in ein Restaurant und setzte sich zu einer völlig unbekannten Gesellschaft. Ohne sich vorzustellen, rief er mit überlauter Stimme nach dem Kellner, bestellte zuerst Spargel, dann Forellen mit der Weisung,

man solle ihm so lange Forellen bringen, bis er »halt!« rufe, verzehrte hierauf Braten, Mehlspeise, Käse und Obst und erklärte dann, gegen die Gesellschaft gewendet, daß das sein tägliches Souper sei. Er zog hierauf seine goldene Uhr aus der Tasche, ließ sie schlagen und reichte sie unaufgefordert zur Besichtigung herum; unter anderem erzählte er auch, daß er sich ein Automobil anschaffen werde.

Im Dienste fiel seine Vergeßlichkeit und Zerstreutheit besonders auf. Er war so konfus, »daß er vor der Front nicht zu verwenden war«; er erteilte beim Exerzieren falsche Kommandos und faßte Befehle schlecht auf. Nach der Inspizierung seiner Eskadron durch den Kavallerieinspektor, welche nichts weniger als »gut« verlief, sagte er trotzdem zu einigen Herren, die das Ganze gesehen und mitangehört hatten, daß er belobt wurde und belohnte auch die Mannschaft dafür, indem er ihnen aus Menageersparnissen vier Fässer Bier zahlte. Seine bei dieser Gelegenheit besonders zutage getretene »Nervosität« war auch der Grund, daß ihm seitens des Regimentskommandos nahegelegt wurde, um einen achtwöchentlichen Urlaub aus Gesundheitsrücksichten zu bitten. Von dem Momente an befaßte er sich mit den hiezu nötigen Vorbereitungen, bestellte unter anderem einen Frackanzug, einen Salongehrockanzug und noch vier Zivilanzüge. Dem Rittmeister D., der ihn auf die Abgänge im Eskadronsmagazin aufmerksam machte, sagte er einfach, er möge sie konstatieren lassen und melden, daß er sich erbötig mache, dieselben zu ersetzen. Anschließend daran begann er »mit der größten Unbefangenheit« von den Reisen zu sprechen, die er während seines Urlaubes vorhabe, daß eine Reise nach Amerika gegenwärtig sehr billig sei, daß er nur en gros einkaufe, weil es so billiger komme usw.

Tatsächlich hatte ihn auch eine förmliche Einkaufswut befallen. So bezog er auf eine Annonze aus Berlin um den Betrag von 50 Mark eine Meerschaumpfeifen-Garnitur; in der Delikatessenhandlung betrug seine Rechnung für Schnäpse und Kleinigkeiten in einigen Wochen 98 Kronen, in der Buchhandlung 291 Kronen, davon 102 Kronen für Diaphanien zur Fensterdekoration, die er in der Kaserne anbringen ließ; er kaufte ferner 51 Radierungen alter Meister, englische, französische und rumänische Bücher, ohne jedoch diese Sprachen zu kennen, usw.; zufolge Auszuges aus dem Postbuche erhielt er vom 28. April bis 31. Juli 1901, zumeist aus Berlin, dann aus Wien und Hamburg 56 Nachnahmesendungen, darunter eine über 351 Kronen, die er alle mit ärarischem Gelde auslöste. Das Großartigste leistete er entschieden dadurch, daß er in der Zeit vom 17. Juni bis 20. Juli Toiletteartikel, Handschuhe, Taschenapotheken und verschiedene andere, zumeist zwecklose Kleinigkeiten im Betrage von 1111 K 42 h bestellt und bezogen hat. Beim Juwelier kaufte er beiläufig Mitte Juli gegen Barzahlung je zwei goldene Brillantringe, Damenkolliers, Broschen, Berloques, silberne Salzfasseln samt Löffeln und eine silberne Zigarettendose; darauf brachte sein Diener 7 Stück Tassen, eine ganze Waschgarnitur, 5 Zigarrenspitzen und 3 Brotkörbe zum Eingravieren seines Monogramms. Einige Tage nachher wollte er eine silberne Speisegarnitur für 6 Personen bestellen, was ihm jedoch der Juwelier, der seinen krankhaften Zustand vermutet hatte, ausredete, womit sich T. bezeichnenderweise sofort zufrieden gab; bei dieser Gelegenheit kaufte er wieder eine Tabatière, im übrigen noch einige goldene Uhren, die

er an seine Unteroffiziere verschenkte. Teppiche kaufte er um beiläufig 700 Kronen; als wichtig wurde der Umstand erhoben, daß diese Käufe bereits im März 1901 begonnen haben. Ein interessantes und sehr bezeichnendes Detail gab der Verkäufer zu Protokoll: Rittmeister T. hatte einen Einkauf gemacht und die Summe bezahlt; gleich darauf wollte er nochmals zahlen, hatte somit binnen weniger Minuten die erfolgte Begleichung seiner Schuld vergessen.

Gelegentlich seines gerichtlichen Verhörs am 31. Juli begann er mitten in seiner Verantwortung auf ein nicht zur Sache gehöriges Thema überzugehen und konfuses Zeug zu sprechen, weshalb das Verhör abgebrochen und seine sofortige Spitalsabgabe veranlaßt wurde. Das am 20. August erstattete Gutachten erklärte in dezidierter Weise, daß Rittmeister T. an vorgeschrittener Paralyse leide, daß diese Krankheit zur Zeit der begangenen inkriminierten Handlungen (März bis Juli 1901) bereits in dem gegenwärtigen Grade ausgebildet war und daß er demgemäß für dieselben nicht verantwortlich gemacht werden könne.

Trotz dieses dezidierten, vollkommen begründeten Gutachtens fand der Untersuchungsrichter mehrfache Bedenken, »welche geeignet sind, die Richtigkeit des vom Garnisonsspitale abgegebenen Gutachtens in Frage zu stellen und dessen Begründung teilweise zu erschüttern«, und stellte die Bitte um Einholung des Gutachtens des Militär-Sanitätskomitees. Das letztere bezeichnete den vorliegenden als einen Schulfall von Paralyse und bestätigte die Ausführungen des Garnisonsspitales in allen Teilen.

---

8. Die Dementia praecox.

Während die progressive Paralyse beim Militär im allgemeinen hauptsächlich bei Offizieren vorkommt, ist die Dementia praecox in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei der Mannschaft anzutreffen und führt vielleicht noch öfter als die Paralyse zu diversen Konflikten mit dem Disziplinar- oder Militär-Strafgesetz.

Die Dementia praecox tritt zumeist um die Zeit der Pubertät — wahrscheinlich sogar hervorgerufen durch die dabei vor sich gehenden Stoffwechselvorgänge — im allgemeinen gegen Ende des zweiten und anfangs des dritten Dezenniums, somit zu einer Zeit auf, während welcher die jungen wehrfähigen Männer ihrer Dienstpflicht genügen. Erwägt man ferner, daß sie, wie die neueren Erfahrungen lehren, eine recht häufige psychische Erkrankung ist, so ergibt sich von selbst, daß sie beim Militär ziemlich oft vorkommen muß; es scheint dies auch den Tatsachen zu entsprechen, soweit ich es auf Grund meiner im Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien gemachten Erfahrungen zu beurteilen vermag.

Sie ist eine für den Militärarzt ungemein wichtige Erkrankung, denn sie kommt, wie soeben ausgeführt wurde, ziemlich häufig vor, ist sehr oft die Ursache aller möglichen Konflikte, vor allem sind aber die ganz eigenartigen, einander nicht selten widersprechenden Äußerungen dieser Psychose, beziehungsweise die von den Kranken verübten Handlungen darnach angetan, verkannt und für den Ausdruck von Simulation gehalten zu werden. Daß dies beim Militär, insbesondere in forensischen Fällen zu recht bedenklichen Konsequenzen führen kann, ist ohneweiters einleuchtend.

Indem ich versuche, diese hochinteressante Psychose in Kürze zu schildern, bemerke ich, daß die Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen derselben eine ganz außerordentlich große ist und daß jeder einzelne Fall — abgesehen von den charakteristischen Symptomen — seine Eigentümlichkeiten aufweist, so

daß mitunter, namentlich im Beginne der Erkrankung, die Stellung einer sicheren Diagnose fast unmöglich ist.

Vor allem ist der Umstand sehr wichtig, daß die Dementia praecox — ähnlich wie die demente Form der Paralyse — mitunter zu einer fortschreitenden Verblödung führen kann, ohne daß sonst irgend welche besonderen Symptome in die Erscheinung treten würden. Dadurch kann es vorkommen, daß der Kranke nicht nur einem Arzte nicht zugeführt, sondern überhaupt nicht für krank gehalten wird. Man wundert sich zwar über das allmähliche Nachlassen seiner Geisteskräfte, sucht eventuell den Grund in einer unglücklichen Veranlagung oder sonst in äußeren Verhältnissen, ohne aber die wahre Ursache auch nur zu ahnen. Nicht selten handelt es sich dabei um recht gut veranlagte junge Leute, die in den ersten Klassen vielleicht Vorzugsschüler sind und zu den besten Hoffnungen berechtigen, dann aber ohne greifbaren Grund weit hinter ihrem Ziele zurückbleiben und sich mit einer bescheidenen Lebensstellung begnügen müssen. *)

Viel häufiger kommt es jedoch sowohl im Beginne, als auch im weiteren Verlaufe der Erkrankung zu den Erscheinungen einer mehr akut oder subakut verlaufenden Psychose.

Was den in Rede stehenden Krankheitszustand kennzeichnet, ist eine eigentümliche Zerfahrenheit des Denkens und Handelns der Kranken bei äußerlich erhaltener Besonnenheit und geringer Störung des Gedächtnisses, ferner die mitunter tiefgehende Verblödung in gemütlicher Beziehung und ein hoher Grad von Urteilsschwäche, welche insbesondere in ihren ganz sinnlosen Handlungen, aber auch in der Produktion der einfältigsten und unsinnigsten Wahnideen zum Ausdrucke kommt, die jeder Kritik entbehren und vielfach an diejenigen der Paralytiker erinnern. Dazu kommen gewisse Eigentümlichkeiten in der Betätigung ihres Muskelapparates, die Neigung zu immer wiederkehrenden, ganz absonderlichen Stellungen und Bewegungen, Stereotypien, zum Grimmassieren usw., ferner ihr vielfach manieriertes Wesen, die impulsiven Handlungen, wie überhaupt ihr in jeder Beziehung unberechenbares, groteskes Verhalten.

---

*) In solchen Fällen wird der Militärarzt am leichtesten durch eine möglichst genaue Anamnese den wahren Sachverhalt ergründen, eventuell durch den Nachweis des eigenartigen Schwachsinns die Grundlage für die Standesbehandlung des betreffenden Mannes schaffen können.

Dabei können Zustände von Erregung mit solchen schwersten Stupors abwechseln. Charakteristisch für den letzteren ist, daß die Kranken mitunter mit Blitzesschnelle das Bett verlassen, um einen Angriff auf ihre Umgebung oder sonst irgend eine triebartige Handlung zu verüben, sich dann ebenso schnell wieder niederlegen und durch Wochen in ihrem früheren stuporösen Zustande verharren. In diesem sind sie sehr häufig von außen in keiner Weise zu beeinflussen. Man kann ihnen beispielsweise brennende Zündhölzchen in die nächste Nähe der Augen bringen, ohne daß sie auch nur mit den Augenlidern zucken würden, während ein stuporöser Melancholiker unter ähnlichen Verhältnissen Abwehrbewegungen macht oder solche zum mindesten intendiert, sich ängstlich zeigt usw. Kommt es aber gelegentlich zu solchen, dann tragen sie gewöhnlich den Stempel des Unzweckmäßigen an sich.

Ein Symptom, welches sehr häufig im Vordergrunde der Erscheinungen steht und das Verhalten der Kranken mitunter in der absurdesten Weise beeinflussen kann, ist der sogenannte Negativismus. Er beruht auf dem rücksichtslosen Widerstreben der Kranken gegen alles, was von ihnen verlangt wird, oder auch, wozu sie durch organische Gefühle der vegetativen Sphäre genötigt werden. Sie widersetzen sich beispielsweise dem Versuche einer Lageveränderung ihres Körpers oder einzelner Teile in so intensiver Weise, daß man sie nicht selten wie ein Stück Holz aufheben kann; sie nehmen die unangenehmsten Stellungen, trotz wiederholten Versuches, sie daran zu hindern, immer wieder ein, legen sich mit eiserner Konsequenz nackt unter das Bett, ziehen die Wäsche und Kleider, die man ihnen anzieht, sofort wieder aus, halten die Augen, den Mund krampfhaft geschlossen, sind um keinen Preis zum Sprechen zu bewegen (Mutacismus), essen nicht, wenn man bei ihnen steht und sie dazu auffordert, wohl aber, wenn sie allein sind, sie verweigern auch in der rücksichtslosesten Weise die Nahrungsaufnahme, so daß sie durch Jahr und Tag mit der Schlundsonde gefüttert werden müssen, halten Stuhl und Urin solange als möglich an sich, benützen nicht das Klosett oder den Leibstuhl, auch wenn man sie darauf setzt, verunreinigen aber unmittelbar darauf das Bett usw. — eine unabsehbare Fülle von Möglichkeiten. —

Ein Patient, der sich gegenwärtig auf meiner Abteilung befindet und an ausgesprochener Dementia praecox leidet, zeigt

in selten schöner Weise die von Kraepelin beschriebene, für dieses Krankheitsbild pathognomonische »Sperrung«, die ihren Grund im Negativismus hat. So oft mich dieser Kranke erblickt, nimmt er die Habtachtstellung an, salutiert und beginnt: »Herr Sch« — »Herr Stabs« — »Herr Stabsarzt« — »Herr Stabsarzt, ich bitte« usw. Trotz größter Geduld und wirklichen Entgegenkommens und stets erneuerter Aufforderung, ganz ungeniert zu sprechen, gelingt es ihm häufig nicht, die Frage oder Bitte, die er sichtlich gern vorbringen möchte, auszusprechen; in dem Momente, wo ich ihm jedoch den Rücken kehre und mich zum Weitergehen anschicke, beginnt er ganz zusammenhängend zu sprechen, um sofort wieder zu stocken und nicht mit der Sprache herauszukommen, sobald ich mich ihm zuwende und die Neigung bekunde, ihn anzuhören. In diesem Falle sieht man förmlich, wie die zum Sprechen nötigen Innervationsimpulse im Status nascendi durch stärkere Gegenimpulse unterdrückt werden!

Der Negativismus im Verein mit der Stereotypie der Bewegungen und Körperhaltung bringt es mit sich, daß die Kranken stunden- und tagelang immer wieder dieselben Bewegungen ausführen und sich durch nichts daran hindern lassen, die geballten Fäuste umeinander rollen, im Takte mit den Händen zusammenschlagen, mit winzigen, schlürfenden, oder stramm militärischen Schritten, ja selbst in Sprüngen sich fortbewegen; sich fortwährend herumwälzen, dazu mit der Zunge schnalzen, grunzende, bellende oder sonstige tierische Laute von sich geben, stundenlang ein oder mehrere Wörter immerfort wiederholen usw. Leider betätigen sie gelegentlich auch diese eiserne Konsequenz bei ihren Selbstmordversuchen und bekunden mitunter hiebei die größte Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst.

Häufig sprechen sie alles, was sie hören, nach (Echolalie), oder imitieren die Bewegungen und Handlungen anderer (Echopraxie); recht oft kann man auch bei ihnen den als Flexibilitas cerea beschriebenen Zustand und ihre in diesem bestehende Neigung, ihnen willkürlich gegebene Stellungen durch längere Zeit einzunehmen, beobachten (Katalepsie). Zu anderen Zeiten bieten sie hingegen das Symptom der Befehlsautomatie.*)

*) Zeitweise vorhandenes automatenhaftes Befolgen selbst komplizierterer Befehle bei diesen Kranken, die aus ihrem sonstigen Verhalten das Unvermögen, spontane Willensimpulse aufzubringen, erschließen lassen.

Ihre Schriftstücke sind mitunter in charakteristischer Weise mit Verschnörkelungen, vielfachen Unterstreichungen, fortwährenden Wiederholungen derselben Wörter und Sätze ausgestattet und werden nicht selten infolge ganz sinnloser Aneinanderreihung solcher völlig unverständlich, eine Erscheinung, die durch die Zerfahrenheit des Denkens dieser Kranken zu erklären ist, welche sich häufig auch im Sprechen äußert (Verbigeration) und durch die äußerst kennzeichnenden Wortneubildungen noch verstärkt werden kann. Sehr interessant und äußerst charakteristisch ist dabei die äußere Besonnenheit und relativ gute Orientierung der Kranken, so daß sie mitunter durch ihr sinnloses Gefasel in Wort und Schrift geradezu verblüffen.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß Kraepelin drei Formen der Dementia praecox unterscheidet: die hebephrenischen, katatonischen und paranoiden Formen, doch fließen dieselben vielfach ineinander und lassen demgemäß nicht selten eine scharfe Abgrenzung nicht zu.

Im allgemeinen sind die hebephrenischen Formen durch den eigenartigen Schwachsinn, die katatonischen durch eine Reihe der vorstehend geschilderten spezifischen Symptome der Dementia praecox, insbesondere durch den charakteristischen Stupor und die katatonische Erregung, sowie durch die Neigung zu Remissionen, endlich die paranoiden durch eine im Vordergrunde stehende, zumeist sehr üppige Wahnbildung ausgezeichnet, der aber gewöhnlich von Haus aus der Stempel des Schwachsinns aufgeprägt ist.

Bei der Dementia praecox finden sich sehr häufig eine Reihe von körperlichen Krankheitserscheinungen: Zustände von Bewußtlosigkeit (Ohnmachten), epileptiforme, hysteriforme Krämpfe, Lähmungen, krampfartige Zustände in der Gesichts- und zum Sprechakte nötigen Muskulatur (Grimmassieren, Zungenschnalzen, Lachen usw.); ferner auffallende Weite der Pupillen, Pupillendifferenz, Steigerung der Sehnenreflexe, vasomotorische Störungen, Dermographismus usw.

Für den Militärarzt ist insbesondere der Beginn der Psychose von größter Bedeutung, denn, wie schon im Anfange dieses Kapitels hervorgehoben wurde, führt das Benehmen und Handeln der Kranken nicht selten zu verschiedenen Konflikten und kann überdies leicht für Simulation gehalten werden.

Recht häufig kommen die Kranken wegen ihrer körperlichen Beschwerden immer wieder zum Arzt, ohne daß sich ein objektiver Befund für dieselben finden ließe. Wechseln ihre Klagen ab oder werden gelegentlich recht unsinnige Angaben — vielleicht sogar mit lächelnder Miene — vorgebracht, so kann sich unter Umständen der Verdacht von Übertreibung oder Simulation aufdrängen. Ich erinnere mich beispielsweise eines Mannes, der bei der Marodenvisite immer wieder erschien, behauptete, eine Kröte, dann wieder eine Schlange oder Würmer im Magen zu haben und zu spüren, wie ihm die Tiere im Leibe herumkriechen, und wegen Verdachtes auf Simulation dem Spitale zur Konstatierung übergeben wurde. Der Verlauf der Beobachtung bestätigte die auf den ersten Blick gestellte Diagnose.

Zumeist wird im Beginne des Leidens über Kopfschmerzen, gestörten Schlaf und die verschiedensten Beschwerden geklagt. Oft veranlaßt der schon frühzeitig in die Erscheinung tretende Negativismus die Kranken zu Gehorsamsverweigerung, fortgesetzter, allem Anscheine nach absichtlicher Wiederholung von Fehlern beim Exerzieren, plötzlicher Weigerung, weiter zu marschieren oder irgend eine Übung auszuführen, zu Erwiderungen aus Reih' und Glied und Wiederholung solcher trotz energischen Verbotes usw. Häufig sind sie von dem unwiderstehlichen Drange befallen, zu lachen; es ist begreiflich, daß dies, wenn es beim Habtachtstehen geschieht, eventuell in dem Momente erfolgt, wo der Mann von seinem Vorgesetzten zurechtgewiesen oder zur Verantwortung gezogen wird, leicht verhängnisvolle Folgen haben kann.

Zumeist begründen die Kranken ihr Verhalten entweder gar nicht, oder in ganz unzulänglicher, unpassender, mitunter auch direkt kecker Weise: »Weil ich es tun mußte«, — »weil es mir so gefiel«, »weil ich nicht wollte« usw.

Ihre Neigung zu allen möglichen dummen Streichen, albernen Witzen, sehr häufig sogar zu ganz unsinnigen Handlungen bringt sie sowohl mit ihren Kameraden als auch mit den Vorgesetzten in Konflikt. Infolge ihrer Interesselosigkeit, Unlust zu jeder Arbeit und Teilnahmslosigkeit sitzen sie müßig herum, sind reizbar, störrisch, vernachlässigen häufig ihr Äußeres, ihre Armatur, treten in vorschriftswidriger Adjustierung zur Beschäftigung, zum Rapporte an, werden wegen dieser und ähnlicher Handlungen oder Unterlassungen immer wieder bestraft, ohne sich jedoch

im geringsten zu bessern oder zu ändern, was ihnen vielfach als ein besonderer Grad von Verstocktheit usw. zur Last gelegt und bei nächster Gelegenheit im Sinne einer Strafverschärfung angerechnet wird. Begeht ein solcher Mann das Verbrechen der Desertion, so wird bei seiner offenkundigen Abneigung gegen den Militärdienst, welcher er oft genug spontan Ausdruck gibt, nicht lange nach einem weiteren Grunde gesucht, sondern Unlust zum Dienste als Motiv der Tat angenommen und derselbe einfach verurteilt. So kann es gelegentlich vorkommen, daß derartige Kranke auch in der Untersuchungs- und Strafhaft weiteren Bestrafungen und Schikanen wegen ihres intraitablen, widersetzlichen, subordinationswidrigen Benehmens ausgesetzt sind, bis endlich der Eintritt grellerer Symptome den wahren Sachverhalt aufklärt, beziehungsweise die Spitalsabgabe behufs Beobachtung des Geisteszustandes veranlaßt.

Aber auch in diesem gewöhnlich schon prononzierteren Stadium ist die Erkennung der Dementia praecox nicht immer leicht und können gelegentlich Verkennungen derselben noch immer erfolgen. Insbesondere führt das von Ganser beschriebene Symptom des »Vorbeiredens« nicht selten zu der Annahme von Simulation, desgleichen das vielfach Widersprechende und Ungereimte im Benehmen und Handeln dieser Kranken. So kann der weniger routinierte Beobachter durch den plötzlichen Übergang von anscheinender maniakalischer Erregung in plötzlichen Stupor und umgekehrt durch die mit größter Gemütsruhe vorgebrachten, ganz unsinnigen Behauptungen solcher Kranken, durch ihr plötzliches Steckenbleiben und Erröten beim Examen, namentlich wenn es bei verfänglichen Fragen erfolgt, durch ihr auffallendes Benehmen, das sie mitunter gerade nur zur Zeit der Anwesenheit des Arztes bekunden, durch gelegentliche Bemerkungen, die sie zu Mitpatienten oder Pflegern machen usw., leicht zu der Annahme absichtlicher Übertreibung oder Simulation angeregt werden. Ereignet es sich nun gar, daß der Kranke auf entsprechende Fragen behauptet, beispielsweise 5 Augen, 2 Nasen, 17 Finger, 3 Köpfe zu haben, begeht er bei der Prüfung ganz leichter Rechenaufgaben grobe, augenscheinlich beabsichtigte Fehler und gibt er auch sonst ganz unsinnige Antworten (Vorbeireden), bestätigt vielleicht selbst mit lächelndem Gesichte den ihm gegenüber ausgesprochenen Verdacht der Simulation, dann erscheint für manchen Beobachter der Beweis für »eingestandene Simulation« erbracht.

Ich will es nicht unterlassen, auf das auch bei anderen Psychosen und psychopathischen Zuständen vorkommende Symptom des Vorbeiredens besonders aufmerksam zu machen, weil dasselbe namentlich in forensischer Beziehung von größter Wichtigkeit ist und nicht selten die Veranlassung abgibt, gerade daraus den Beweis für die Annahme von Simulation abzuleiten.

Es besteht, wie schon aus den vorstehenden Beispielen hervorgeht, darin, daß der Betreffende die an ihn gestellten Fragen in einer ganz unsinnigen Art beantwortet, trotzdem er dieselben offenbar versteht; dabei ist häufig die Schnelligkeit, mit welcher die Antworten auf die einzelnen Fragen erfolgen, verblüffend, desgleichen die Ungeniertheit, mit der die mehrmals wiederholte, vollkommen gleiche Frage jedesmal in einer anderen, gleich unsinnigen Art beantwortet wird. Gelegentlich kommt es auch vor, daß die Antworten auf einzelne Fragen vollkommen richtig, auf andere wieder gesucht falsch lauten usw.

Die vorstehenden Ausführungen dürften genügen, um zu zeigen, wie dringend notwendig es ist, daß nicht nur die Militärärzte, sondern auch die Offiziere des Soldatenstandes und Unteroffiziere, die ja viel mehr mit dem Manne in Kontakt und viel früher als der Arzt in der Lage sind, an ihm irgend welche Auffälligkeiten wahrzunehmen, sich mit dem Krankheitsbilde der Dementia praecox möglichst vertraut machen und daß auch die Auditore ihr besonderes Augenmerk dieser beim Militär so häufigen und oft kriminelle Handlungen hervorrufenden psychischen Erkrankungsform zuwenden.

Es ist keineswegs eine vage Kombination, die mich zu der Behauptung veranlaßt, daß namentlich jene langsam verlaufenden, ohne alarmierendere Symptome einhergehenden Fälle von Dementia praecox vielfach verkannt, daß ihre Träger sowohl disziplinariter als auch gerichtlich abgestraft, ja gelegentlich wieder in die Reserve übersetzt werden, ohne daß die krankhafte Störung bei ihnen auch nur geahnt würde.

Würden dagegen Offiziere und Unteroffiziere im allgemeinen von der Existenz und Häufigkeit dieser Erkrankung Kenntnis haben und über die im Beginne vorkommenden Symptome informiert sein, dann könnten durch sie auch die Militärärzte viel früher auf den betreffenden Mann aufmerksam gemacht werden und würde dadurch gewiß so mancher Fall rechtzeitig erkannt und vor ungerechter Behandlung, ja Verurteilung bewahrt werden.

Diesbezüglich könnten die Militärärzte durch Vorträge im Kreise ihrer Offizierskorps, eventuell auch in den Unteroffiziersbildungsschulen ohne viel Mühe Ersprießliches wirken, was sowohl im konkreten Falle dem einzelnen Kranken als auch der Disziplin im allgemeinen sehr zustatten käme. Denn es kann für die militärische Ausbildung bei den Unterabteilungen keineswegs als förderlich erachtet werden, wenn wirklich Kranke durch Allotria und alle möglichen subordinationswidrigen Handlungen die militärische Disziplin untergraben und ein böses Beispiel geben.

Zwei interessante Fälle, welche die hier besprochenen Verhältnisse in mehrfacher Beziehung illustrieren, hatte ich seinerzeit beim Militär-Sanitätskomitee zu begutachten Gelegenheit:

1. Infanterist G. T. rückte im Oktober 1894 zur aktiven Dienstleistung ein, war vom 1. Juni 1895 bis 5. Juni 1896 Offiziersdiener beim damaligen Oberstleutnant v. G. und wurde hierauf von diesem Posten wieder abgelöst. Im Jahre 1895 wurde er als »ruhig, gutmütig, fleißig, willig, verläßlich«, — im folgenden Jahre jedoch als »unwahr, unredlich, — minder verläßlich« geschildert und erhielt — während er bis dahin straflos war — seit September 1896 binnen kurzer Zeit 4 Disziplinarstrafen. Am 4. Dezember 1896 weigerte er sich plötzlich beim Exerzieren Laufschritt zu machen, leistete auch der mehrmaligen Wiederholung des Befehles nicht Folge, sondern sagte: »Ich bin kein Rekrut, daß ich einen Laufschritt mache«. Am folgenden Tage wurde er dem Chefarzte vorgestellt, welcher seine Spitalsabgabe zur Beobachtung seines Geisteszustandes verfügte. In seinem Berichte führte der Chefarzt aus, daß T. seinerzeit während der Ausbildung im Sanitätshilfsdienste durch seine scharfe Auffassung aufgefallen sei und bei der Prüfung als bester entsprochen habe. Als Offiziersdiener habe er sich in der ersten Zeit zur Zufriedenheit aufgeführt, dann sei er faul geworden und habe sich zu arbeiten geweigert. Seine Vergehen, die er seit September 1896 begangen, habe er nicht entsprechend motiviert und sogar mit Lächeln erzählt, daß er dem Befehle des Zugsführers nicht nachgekommen und deshalb in Präventivhaft sei. Der Chefarzt fügte noch hinzu, daß ihm der Mann bereits am 7. Oktober 1896 zur Konstatierung seines Geisteszustandes vorgestellt worden sei, daß er aber an ihm nichts Auffallendes habe finden können.

Das Gerichtsverfahren förderte eine Reihe von Umständen zutage, welche an der normalen Geistesbeschaffenheit des Mannes zweifeln ließen. Sowohl Offiziere als Unteroffiziere erklärten, daß er nicht normal zu sein scheine. Insbesondere berichtete die Kompagnie, daß er fast zwei Jahre straflos gedient, daß er sich erst seit September 1896 wiederholt habe dienstliche Anstände zuschulden kommen lassen und daß sein Benehmen hiebei »nicht dem anderer verständiger Menschen glich«. Namentlich wurde hervorgehoben, daß er anfangs September 1896 während einer Rast das Verbot, den Rastplatz nicht zu verlassen, nicht beachtet habe, nach einiger Zeit mit zwei großen Melonen in den Armen von weitem auf den Kompagniekommandanten zugekommen sei, zur Rede gestellt zwar zugegeben, daß er das Verbot gehört

und verstanden habe, jedoch zu einer Antwort, warum er trotzdem dagegen gehandelt, nicht zu bewegen gewesen sei und mit »starren Augen vor sich hin gegrinst« habe. Unmittelbar darauf sei er dem Befehle des Inspektionsgefreiten nicht nachgekommen, sondern eigenmächtig mit den Trainwägen in die nächste Marschstation gegangen, ohne nachträglich eine klare Antwort darüber zu geben. In ähnlicher Weise habe er sich verhalten, als er die Retraite um 10 Stunden überschritten habe. Schließlich deponierte Oberstleutnant v. G., bei dem Infanterist T. durch ein Jahr als Offiziersdiener war, daß er einen eigentümlich starren und ausdruckslosen Blick*) gehabt habe und in seinen Handlungen unberechenbar gewesen sei. Einmal habe er einen erhaltenen Auftrag gar nicht ausgeführt, das anderemal sei er wieder weit über den Inhalt des Befehles hinausgegangen. Wegen solcher Vorkommnisse zur Rede gestellt, habe er »ohne keck oder frech zu sein, gar keine Antwort« gegeben. Es wurde überdies von mehreren Zeugen sein beständiges Lächeln, das er auch in ernsten Situationen zeige, hervorgehoben.

Ganz unerklärlicher Weise wurde T. ungeachtet dieser mehr als gravierenden Daten von den beobachtenden Ärzten, weil er orientiert war, korrekt antwortete und keine besonderen Auffälligkeiten erkennen ließ, für gesund und diensttauglich erklärt. Der Untersuchungsrichter, welcher den schneidenden Widerspruch zwischen diesem Gutachten und dem Ergebnisse der gerichtlichen Untersuchung nicht umgehen wollte, erwirkte die Überprüfung des Falles durch das Militär-Sanitätskomitee. Es machte mir natürlich keine Schwierigkeiten, denselben als Dementia praecox (hebephrenische Form) klarzustellen und die Exkulpierung im Sinne des § 3 lit. *a)* zu begründen.

2. Jäger S. G. wurde am 8. Oktober 1899 zur aktiven Dienstleistung präsentiert, war hierauf bis 20. November wegen Gonorrhöe im Spitale und wurde sodann der achtwöchentlichen Rekrutenausbildung unterzogen. Er zeigte sich jedoch äußerst »beschränkt« und ungeschickt, wurde immer vergeßlicher, konnte sich selbst die einfachsten militärischen Begriffe und Namen, nachdem sie ihm stundenlang vorgesagt worden waren, nicht merken, oder gab auf die an ihn gerichteten Fragen überhaupt keine Antwort. Im übrigen war er faul, ungehorsam und höchst unrein, lebte für sich allein, verkehrte mit niemandem und saß während der freien Zeit viel auf seinem Koffer und weinte. Die Veränderung in seinem Benehmen und ganzen Wesen war umso auffallender, als er nach Aussage einiger Rekruten auf der Reise anläßlich des Einrückens zum Militär äußerst angeregt, sehr gesprächig war und sämtliche im Coupé Anwesenden unterhalten hatte. Eines Tages meldete er dem Oberjäger, es sei ihm Wäsche gestohlen worden; es wurde sofort die Kompagniemannschaft visitiert, aber nichts gefunden. Am nächsten Tage bat er den Oberjäger um Verzeihung; es sei nicht wahr gewesen, er habe gelogen. In den Winterschulen konnte ihm trotz größter Geduld nichts beigebracht werden. In dem Berichte der Kompagnie heißt es wörtlich: »Sowohl auf die Kompagnieoffiziere, als auch auf die Mannschaft machte es den Eindruck, als ob G. Blödsinn simulieren möchte und besonders beim Exerzieren hatte es den Anschein, als ob er selbst die einfachsten Bewegungen und

---

*) Einen solchen starren »maskenartigen« Gesichtsausdruck findet man häufig bei diesen Kranken.

und Griffe mit Absicht fehlerhaft ausführen wollte; er verwechselte die einfachsten Kommandos, oder er kam bei jedem Kommando um einige Marschtakte zu spät«. Da Zureden und Ermahnungen fruchtlos blieben, wurde G. wiederholt wegen Unaufmerksamkeit und Ungehorsams im Disziplinarwege bestraft. Der Kompagniekommandant sah sich schließlich genötigt, ihn beim Bataillonskommandorapporte vorzustellen. Er gab jedoch »derart konfuse Antworten, daß er abermals bestraft wurde«. (!) Einige Tage später weigerte er sich, bei einer angesagten Montursvisite zu sprechen. Ungefähr zu dieser Zeit wurde die Wahrnehmung gemacht, daß er sehr reizbar geworden und daß er selbst bei geringfügigen Anlässen zu streiten beginne. Er weigerte sich direkte, die Befehle seines Kameradschaftskommandanten auszuführen; als ihn dieser beispielsweise aufforderte, die Schuhe zu putzen, sagte er: »ich putze nicht« und warf die Bürste, welche er ihm gegeben hatte, beim Fenster hinaus. Auf die gelegentliche Bemerkung des Zugsführers, daß er eingesperrt werde, wenn er nicht gehorche, sagte er: »wenn man mich 30 Jahre einsperrt, ist mirs recht; wenigstens ruhe ich mich aus«. — Als die Kompagnie am 1. Juni auf den Schießplatz geführt wurde, blieb er plötzlich stehen und wollte nicht weiter marschieren, so daß sich der Kompagniekommandant veranlaßt sah, eine Patrouille auszuscheiden, die ihn dann ohne Anstand nachführte. Am 7. Juni sollte er auf der Stationswache als Nachtposten aufgeführt werden; da er über heftige Brustschmerzen klagte, wurde er abgelöst; am nächsten Morgen erklärte er aber bei der Marodenvisite, daß ihm nichts fehle.

Wegen dieser vielfachen Auffälligkeiten wurde G. am 18. Juni 1900 dem Garnisonsspitale übergeben. Das Gutachten vom 6. Juli lautete dahin, daß er ein ziemlich beschränkter, aber geistig gesunder Mensch ist, der in plumper Weise Geistesstörung zu simulieren suche. Trotzdem er im Spitale versprochen hatte, nunmehr seiner Dienstpflicht ohne Anstand nachkommen zu wollen, verfiel er nach seiner Einrückung zur Kompagnie sofort wieder in sein früheres Verhalten und weigerte sich nunmehr überdies, seine Mahlzeiten zu verzehren. Nachdem er tagelang die ihm vorgesetzten Speisen zurückgewiesen hatte, wurde er am 11. Juli beim Bataillonskommandorapporte vorgestellt. Auf die Folgen seines widerspenstigen und unbotmäßigen Benehmens aufmerksam gemacht und gefragt, ob er nun seine Menage essen werde, antwortete er mit einem direkten »Nein« und verblieb dabei trotz abermaliger Verwarnung. Es wurde nun wider ihn die gerichtliche Untersuchung unter Haft verhängt. Beim Verhöre gab er ziemlich unverständliche Antworten und erklärte unter anderem, nicht zu wissen, warum er hier sei. Die Gerichtskommission führte am Schlusse des Protokolles an: »Der Beschuldigte gibt auf die Fragen meistens keine Antwort, starrt nachdenklich vor sich hin und macht den Eindruck, als wäre er geistesabwesend, und zwar derart, daß er nur die wenigsten Fragen und diese meistens nur teilweise verstehen würde«.

Am 12. August wurde G. abermals dem Garnisonsspitale zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben. Anfangs gab er gar keine Antworten, auch später verweigerte er sie häufig, sprach mitunter ganz korrekt, führte dann wieder unsinnige Reden, war zeitweise aufgeregt und aggressiv und betätigte ein derart widersprechendes Verhalten, daß dasselbe

auch diesesmal als Simulation bezeichnet wurde. Am 28. September erklärte er sogar über entsprechendes Befragen vor Zeugen, daß er nie geisteskrank gewesen sei und sagte speziell: »Ich habe mich vor Strafe gefürchtet und deswegen habe ich mich geisteskrank gestellt; ich bin gesund«.

Am 17. November wurde G. abermals einem Verhöre unterzogen. Da er sich ähnlich wie bei seinem ersten benahm, so wurde er über Antrag des Untersuchungsrichters an drei aufeinander folgenden Tagen bei Wasser und Brot angehalten. Nach Ablauf dieser Zeit erstattete der Garnisonsarrest folgende Meldung: »Auf Grund der schon seit längerer Zeit gemachten Beobachtungen des Aufsichtspersonales wird gleichzeitig gemeldet, daß Jäger G. den Eindruck eines in geistiger Beziehung gänzlich vernachlässigten und verwahrlosten Individuums, eines Idioten macht; während dieser drei Tage war er ebenso ruhig und in sich gekehrt wie sonst«. Auf das hin wurde zur Klarstellung dieses »psychologischen Rätsels«, wie es der Untersuchungsrichter bezeichnete, das Gutachten des Militär-Sanitätskomitees eingeholt.

Am 1. Jänner 1901 dem Garnisonsspitale Nr. 1 zur neuerlichen Untersuchung seines Geisteszustandes übergeben, konnte alsbald die Diagnose Dementia praecox gestellt werden. Ohne jedes Interesse für die Vorgänge in seiner Umgebung, verbrachte G. die einzelnen Tage ohne jede Beschäftigung, fügte sich in die Hausordnung nur so weit, als sie ihm nicht unbequem wurde, war reizbar, zeitweise aufgeregt, gab auf die an ihn gestellten Fragen häufig gar keine, mitunter richtige, dann wieder ganz unsinnige Antworten, hatte kein Verständnis für die näheren Umstände der wider ihn anhängigen Untersuchung, zeigte sich gemütsstumpf, indem er beispielsweise seinen ihn besuchenden Bruder sonst gar nicht beachtete, nur ein Geld von ihm verlangte usw. Bei der mit ihm vorgenommenen Intelligenzprüfung bewies er — soweit von ihm überhaupt Antworten zu erhalten waren — ein gutes Gedächtnis für das in der Schule Gelernte und verfügte über einen ziemlich reichen Fond an positivem und praktischem Wissen, so daß für die eventuelle Annahme eines angeborenen Schwachsinns keine Anhaltspunkte zu finden waren. Die körperliche Untersuchung ergab lebhafte Steigerung der Patellarsehnenreflexe, vasomotorische Störungen und ausgesprochenen Dermographismus.

Sein Bruder berichtete, was auch durch die gepflogenen Erhebungen bestätigt wurde, daß er schon vor seiner Assentierung Zeichen abnormaler Geistesbeschaffenheit gezeigt und seine Dienstposten häufig gewechselt habe. Zuletzt befand er sich — vor seiner Einrückung — als Kutscher bei einer Wiener Omnibusgesellschaft, ohne daß sich wesentliche Anstände ergeben hätten. Genauere anamnestische Daten konnten nicht erhoben werden. Das Gutachten begründete die früher genannte Diagnose und exkulpierte den Beschuldigten im Sinne des § 5 lit. *a)*. Er wurde von seinen Angehörigen gegen Revers in häusliche Pflege übernommen.

Der nachstehende Fall läßt gleichfalls in recht anschaulicher Weise das interessante und ungemein wechselvolle Krankheitsbild der Dementia praecox erkennen.

3. Leutnant P. W., der aus gesunder Familie stammt und bis auf leichte Fraisenanfälle während der Dentition keine nennenswerten Erkrankungen durchgemacht hat, begann im Sommer 1900 — 20 Jahre alt — häufig über

Kopfschmerzen zu klagen und rückte im Oktober zum Regimente ein. Er soll sehr nervös, vergeßlich gewesen sein, oft unrichtige, unlogische Befehle erteilt haben. Ende März 1901 kam er in gerichtliche Untersuchung, weil er einen Mann, der sich gegen ihn auflehnte, mit der Reitpeitsche gezüchtigt hatte. Seit dieser Zeit war eine auffallende Veränderung an ihm wahrzunehmen. Er zog sich vom Verkehre mit den Kameraden vollkommen zurück, befaßte sich viel mit mathematischen und philosophischen Studien, war dabei stets erregt, häufig schlaflos. Ende April verbrachte er mehrere Nächte in einem Bordell und suchte durch Vorträge die Mädchen zu einem moralischen Lebenswandel zu bekehren. Am folgenden Tage irrte er in den Gassen herum, zog den Säbel, hielt verworrene Reden religiösen Inhaltes und wurde darauf dem Garnisonsspitale übergeben.

Bei der körperlichen Untersuchung wurden stark gesteigerte Reflexe konstatiert; in psychischer Beziehung zeigte er sich im allgemeinen orientiert, aber sehr erregt, erklärte, es werde zu einer vollständigen Gleichheit unter den Menschen kommen; er wisse es, da er weiter als alle anderen sehen könne, welche Fähigkeit er nur Gott zu danken habe, der ihm seine Gnade in besonderer Weise zuwende. Dabei sprach er salbungsvoll mit den Mienen und Gebärden eines Predigers. Im weiteren Verlaufe der Beobachtung zeigte er ein wechselndes, zumeist aufgeregtes Verhalten, fuhr trotz Verbotes auf einem Fahrrade im Garten herum, verweigerte gelegentlich sehr erregt die Annahme eines Beruhigungsmittels, lief in der Nacht nackt im Zimmer herum, kommandierte mit lauter Stimme und weinte auch zeitweise, ohne einen Grund hiefür anzugeben. An einem Morgen saß er mit geschlossenen Augen da, erklärte dieselben nicht öffnen zu können, da er starke Kopfschmerzen habe, öffnete sie aber gleich darauf. Eines Tages war er sehr unruhig, sagte, daß er die Kräfte eines Löwen in sich fühle, da er eine Feile in der linken Hand halte, während er sofort sterben müßte, wenn sie ihm entrissen würde. Im übrigen trieb er allerlei Possen, urinierte ins Bett, zerriß die Wäsche, um eine unbedeutende Verletzung zu verbinden, zog im Garten seine Schuhe aus, verlangte stürmisch nach einem Geistlichen, da er fühle, daß er sterben müsse, war unrein, gegen das Pflegepersonal aggressiv usw. Mitunter beharrte er durch längere Zeit in irgend einer unbequemen Stellung und ließ sich zu einer Lageveränderung nicht bewegen. Trotzdem der Kranke dauernd orientiert war, nahmen doch die beobachtenden Ärzte in dem am 30. Mai 1901 abgegebenen Gutachten »allgemeinen Wahnsinn (Amentia) mit kotatonischen Zügen« an und übergaben ihn gegen Revers in häusliche Pflege. Er kam in ein Sanatorium für Nervenkranke und wurde nach drei Wochen »geheilt« entlassen.

Im August 1901 von der Superarbitrierungskommission als »diensttauglich« erklärt, rückte Leutnant W. am 3. Oktober zum Regimente ein und versah während der folgenden Monate ohne wesentlicheren Anstand seinen Dienst. Am 15. Juni 1902 suchte er wegen »allgemeiner Nervenschwäche« das Garnisonsspital wieder auf und wurde am 24. Juli auf drei Monate beurlaubt entlassen. Während dieser Zeit machte er die Bekanntschaft einer Familie in der Sommerfrische und verlobte sich mit der Tochter des Hauses. Im Oktober 1902 zum Regimente wieder eingerückt, machte er sich alsbald auf-

fällig. Am 17. Oktober wollte er am Bahnhofe um 10 Uhr nachts mit seinem Pferde Einwaggonierungsübungen vornehmen, zog, als ihm dies verweigert wurde, in der Bahnhofrestauration die Stiefel aus, goß Tee in seine Kappe, spielte am 22. Oktober in der Rekrutenschule, anstatt Schule zu halten, auf einer einem Soldaten gehörenden Violine, trug gelegentlich einem Kameraden eine Wette an, daß er sich am nächsten Tage erschießen werde, stellte sich beim Geschützexerzieren an die Protzendeichsel und schlug nach Art eines Pferdes aus, wich auf der Straße den Passanten ostentativ nicht aus und rief: »Platz dem Landvogt!«, geriet bei geringfügigen Anlässen in hochgradige Erregung, ließ Rekruten grundlos in den Arrest setzen, verlangte einen sechswöchentlichen Urlaub, da er nichts zu tun habe usw.

In das Garnisonsspital aufgenommen, war er anfangs in höhergradiger Erregung, drohte, alles zusammenzuschlagen, verlangte ungestüm nach dem Spitalskommandanten, da er sich mit ihm duellieren wolle, insultierte die Krankenpfleger und schlief dauernd schlecht. Am 27. November 1902 wurde er dem Garnisonsspitale Nr. 1 zur weiteren Beobachtung übergeben. Hier war er im allgemeinen ruhig, vollkommen orientiert, zeigte teilweise Krankheitseinsicht, konnte sich jedoch an die früheren auffälligen Handlungen, die er in seiner Garnison verübt hatte, nur ganz unbestimmt erinnern und ließ neben leichter Erregbarkeit einen deutlichen Grad von Urteilsschwäche erkennen. Die Diagnose wurde auf Dementia praecox gestellt und der Kranke mit dem Antrage auf Superarbitrierung wegen dauernder Militärdienstuntauglichkeit im Dezember 1902 seinem Vater in häusliche Pflege übergeben.

Nachdem er einige Monate im Elternhause geblieben war und keine besonderen Auffälligkeiten gezeigt hatte, gelang es ihm durch Vermittlung eines Bekannten, eine Anstellung bei der Bahn zu erhalten. Als er nach einiger Zeit eine Prüfung machen sollte, fiel er bei derselben durch, versah aber sonst seinen Dienst zur Zufriedenheit. Allmählich begann er schwermütig zu werden und schrieb seiner Braut geradezu melancholische Briefe ziemlich schwulstigen, zerfahrenen Inhaltes. Gelegentlich kam es in einem Kaffeehause zu einem Streit. Er nahm wiederholt zwei Billard spielenden fremden (!) Herren die Ballen weg, hinderte sie am Stoßen, indem er den Queue von rückwärts hielt und wurde grob, als man ihn wegen dieser »Scherze« — wie er es nannte — zur Rede stellte. Ungeachtet dessen, daß er von den Spielern mit derben, seine Offiziersehre verletzenden Schimpfworten belegt wurde, bot er ihnen die Hand zur Versöhnung und ließ sie erst am nächsten Tage fordern, nachdem sie sich geweigert hatten, ihm die Hand zu reichen.*) Einige Wochen darauf gab er bei der Wiederholung der Prüfung ganz konfuse Antworten, zündete um 3 Uhr nachmittags das Gaslicht an und benahm sich überhaupt so einfältig und läppisch, daß er über Bitte seines Vaters abermals dem Spitale übergeben wurde. Hier konnte im Vergleiche zu der früheren (ersten) Beobachtung, ein ausgesprochener Grad von Schwachsinn konstatiert werden und wurde der Kranke nunmehr der Irrenanstalt übergeben. In einem gleichzeitig erstatteten Gutachten wurde seine Unzurechnungsfähigkeit für die ihm zur Last gelegten ehrenrührigen Handlungen ausgesprochen.

*) Es wurde deshalb über ihn die ehrenrätliche Untersuchung verhängt.

Der soeben beschriebene Fall ist, abgesehen von einzelnen äußerst prägnanten Krankheitssymptomen, dadurch besonders interessant, daß sich in den Verlauf der im Jahre 1900 begonnenen Psychose ziemlich weitgehende Remissionen, die übrigens bei der Dementia praecox keineswegs selten sind, eingeschoben haben, während welcher es dem Kranken möglich war, sowohl beim Regimente als auch bei der Bahn durch längere Zeit ohne wesentlicheren Anstand seinen Dienst zu versehen. — Auch die Frage seiner Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der von ihm begangenen ehrenrührigen Handlungen gewann dadurch an Interesse, daß die Irrenanstalt, welcher Leutnant W. übergeben worden war, in einem Gutachten erklärt hatte, daß er »mindestens zum Teil« für dieselben verantwortlich gemacht werden könne. Dem gegenüber wurde in unserem Gutachten hervorgehoben, daß es ganz unzulässig erscheint, bei einem Kranken, der bereits im Jahre 1900 Zeichen von beginnender Dementia praecox geboten hat und der wegen dieser Krankheit im Jahre 1904 einer Irrenanstalt übergeben werden mußte, selbst im Stadium einer anscheinenden Remission von einer nur teilweisen Unzurechnungsfähigkeit zu sprechen, wenn, wie in dem vorliegenden Falle, Handlungen in Frage kommen, die geradezu den Stempel der Psychose an sich tragen.

Was nun die Frage der Zurechnungsfähigkeit der mit Dementia praecox Behafteten betrifft, die, wie ja schon mehrfach erwähnt wurde, recht oft mit dem Disziplinar- und Militär-Strafgesetze in Konflikt kommen können und auch tatsächlich kommen, so glaube ich betonen zu sollen, daß sich dieselbe nicht mit jener bei angeborenen Schwachsinnszuständen decken kann. Während man nämlich bei den letzteren, und zwar mit vollem Rechte, nach dem Grade der psychischen Schwäche und unter Berücksichtigung besonderer Nebenumstände streng individualisierend vorzugehen hat, glaube ich, daß eine derartige Unterscheidung bei der Dementia praecox nur dann zulässig sein dürfte, wenn nachgewiesen werden kann, daß der Krankheitsprozeß, welcher zu dem sekundären psychischen Schwächezustande geführt hat, als abgelaufen zu betrachten ist. Denn die Erfahrung lehrt, daß die mehrfach genannte Geistesstörung nicht immer zu fortschreitender gänzlicher Verblödung führt, sondern gelegentlich in einem früheren Stadium Halt machen kann, in welchem Falle ein gewisser, mitunter recht leichter Grad von

psychischer Abschwächung zurückbleibt; ja es wird sogar die Möglichkeit einzelner Heilungen erwogen, worüber jedoch bis nunzu ein abschließendes Urteil noch nicht gefällt werden konnte. — In solchen Fällen kehren die Kranken nicht selten zu ihrer früheren Beschäftigung zurück oder gehen einem anderen Erwerbe nach, gerade so wie sich der angeboren Schwachsinnige recht häufig seinen Lebensunterhalt selbst zu beschaffen imstande ist. Unter diesen Umständen genießen sowohl die angeboren als auch die sekundär Schwachsinnigen als Mitglieder der großen menschlichen Gesellschaft neben den Rechten auch die Pflichten dieser und sind demgemäß auch dem Richter gegenüber verantwortlich — allerdings nur insoweit, als dies im konkreten Falle auf Grund einer eventuellen eingehenden psychiatrischen Expertise als zulässig erscheint. — Handelt es sich dagegen um eine nicht zum Stillstande gekommene Dementia praecox, welche ja möglicherweise gerade in dem konkreten Falle zu gänzlicher Verblödung führen könnte, so sind nach meiner Ansicht die Bedingungen der §§ 3 und 5 lit. *a*) M.-St.-G. als vorhanden anzusehen und ist die Zurechnungsfähigkeit ebenso zu beurteilen wie bei einer anderen Psychose im engeren Sinne. Der Standpunkt Hoches bezüglich der Zurechnungsfähigkeit der Paralytiker, den ich bei der Besprechung dieser zum Teile wörtlich angeführt habe, scheint mir auch auf die Fälle von Dementia praecox anwendbar, denn auch diese Form von Geistesstörung führt nicht selten zu gänzlicher Verblödung wie die Paralyse und kann ebenso wie diese auch Remissionen erfahren. Aber abgesehen davon wird es niemandem einfallen, einen Kranken, der beispielsweise im Zustande einer Amentia eine kriminelle Handlung verübt, für teilweise zurechnungsfähig zu erklären; ebensowenig erscheint dies bei der Dementia praecox zulässig, welche oft ein ähnliches Krankheitsbild wie die Amentia zeigt und auch tatsächlich häufig mit ihr verwechselt wird. — Natürlich wird auf Unzurechnungsfähigkeit nur dann zu erkennen sein, wenn die Diagnose mit Bestimmtheit gestellt werden kann.

Handelt es sich dagegen um die Frage der Zurechnungsfähigkeit eines solchen Kranken im Zustande einer Remission so sind hiefür bei dem Umstande, daß ein gewisser Grad von geistiger Abschwächung fast immer zu finden sein wird, die gleichen Momente wie bei sonstigen (angeborenen usw.) Schwachsinnszuständen maßgebend — abgesehen von allem anderen schon

aus dem Grunde, weil niemand entscheiden kann, ob eine jeweilige Remission nicht den Beginn der dauernden gänzlichen oder Defektheilung bedeutet. Lassen sich jedoch bei dem betreffenden Individuum, bei welchem eine Remission angenommen wird, ausgesprochene Zeichen der in geringerem Grade noch fortbestehenden Geistesstörung nachweisen oder tragen die inkriminierten Handlungen vielleicht gar den Stempel der Krankheit an sich, wie dies in dem vorstehend angeführten Falle des Leutnant W. zutrifft, so stehe man nicht an, die Unzurechnungsfähigkeit trotz anscheinender Remission auszusprechen.

Es kann sich ereignen, daß die Dementia praecox während der Untersuchungs- oder Strafhaft zum Ausbruche kommt, namentlich in der Einzelhaft, die im allgemeinen das Auftreten von Psychosen zu begünstigen scheint. In solchen Fällen kann der Militärarzt die Frage zu entscheiden haben, ob die strafbaren Handlungen, welche den Gegenstand der gerichtlichen Untersuchung bilden oder gebildet haben, unter dem Einflusse der später manifest gewordenen Geistesstörung verübt worden sind oder nicht. Diese Frage wird sehr häufig auf große Schwierigkeiten stoßen und wohl nur auf Grund einer eingehenden Anamnese (Aktenstudium, Vorgeschichte etc.) einer halbwegs befriedigenden Lösung zuzuführen sein.

Einen Fall dieser Art führe ich im nachstehenden an:

Oberleutnant A. K., geboren 1874, hereditär belastet (Mutter war geisteskrank und starb in der Irrenanstalt), hatte bereits seit längerer Zeit mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen und benützte die ihm als Verwalter mehrerer Fonds gebotene Gelegenheit, sich an ärarischen Geldern zu vergreifen. Das Manko betrug rund 3800 Kronen. Um seine Malversationen zu bemänteln, verstand er es, mit großem Geschick Dienststücke zu unterschlagen, Erledigungen »auf Befehl« auszufertigen, sich gelegentlich in der gewandtesten Weise zu verantworten. Als die Defraudation aufkam, gestand K. den Tatbestand und brachte zu seiner Entschuldigung vor, er habe gehofft, daß sein Vater die malversierten Beträge ersetzen werde. Sämtliche einvernommenen Zeugen gaben übereinstimmend an, daß sie an dem Beschuldigten niemals Zeichen eines abnormalen Geisteszustandes wahrgenommen haben; man bezeichnete ihn im Gegenteil als einen sehr verwendbaren und »praktischen« Offizier. Von Wichtigkeit erscheint eine Karte, die K. an einen Herrn des Regimentes, welchem er Gelder zu übermitteln hatte, geschrieben und worin er ihn um Nachsicht mit dem Beifügen gebeten hat, er möge hievon keinen Gebrauch machen, um ihm nicht zu schaden.

Am 18. Juni in Präventivhaft gesetzt und nach 4 Tagen in den Garnisonsarrest eingeliefert, zeigte er in den ersten Tagen außer Traurigkeit und wortkargem Benehmen keine Auffälligkeiten. Am 1. Juli kam er in den Hof,

ging plötzlich gegen das Tor und setzte sich in ein unweit befindliches Blumenbeet, wo er gegen 3 Stunden, ohne sich zu rühren, sitzen blieb. Am 2. Juli legte er sich um 9 Uhr vormittags in das in der Nähe der arbeitenden Sträflinge gelegene kleine Kartoffelfeld und blieb trotz großer Hitze über 3 Stunden in der Sonne liegen. Am 3. Juli saß er wieder durch mehrere Stunden im Blumenbeet. Vom 3. bis 6. Juli weinte er wiederholt, ging während der Nacht bis 1 resp. 2 Uhr in seinem Zimmer auf und ab, saß dann bis zum Morgen in einem Lehnstuhl, zog sich während dieser Zeit nicht aus und nahm nur sehr wenig Nahrung zu sich. Am Morgen des 6. Juli bedrohte er die Frau des Stabsprofoßen mit dem Niederschlagen, wenn sie ihm nicht 10.000 Gulden gebe. Dann zündete er um 9 Uhr früh die Lampe an und sagte: »Das ist das ewige Licht und muß brennen«. Am 13. Juli demolierte er seine Zimmereinrichtung, warf sich dann auf den Stabsprofoßen und würgte ihn derart, daß die Intervention der Wache notwendig wurde. Hierauf blieb er beiläufig eine Stunde am Boden liegen. Während der ganzen Zeit nahm er fast gar keine Nahrung zu sich und bedurfte es gewöhnlich einer 6–8maligen Aufforderung, bis er überhaupt die ihm gebrachten Speisen beachtete.

Am 16. Juli wurde der Versuch gemacht, den Beschuldigten zu verhören. Er gab jedoch trotz wiederholter und eindringlichster Ermahnungen keine Antwort, unterschrieb auch nicht das Protokoll, sondern seufzte nur wiederholt auf. Auch bei der Fortsetzung des Verhöres am 1. August konnte er in keiner Weise zu einer Antwort veranlaßt werden.

Am 14. August dem Garnisonsspitale übergeben, wurden an ihm stark erweiterte Pupillen mit sehr träger Reaktion und retardierter Puls als abnormer Befund konstatiert. »An ihn gerichtete Fragen beantwortete er erst nach wiederholter Aufforderung mit sehr leiser Stimme, langsam und schleppend, die Worte in Silben getrennt:« »Mir kann nie-mand hel-fen; gro-ße Sün-de«. Die ersten Tage verbrachte er in apathischem Zustande zumeist im Bette und äußerte vereinzelte melancholische Ideen: Er habe eine große Sünde begangen, niemand könne ihm helfen, er sei das Essen nicht wert, verdiene nicht die Luft usw. Am 19. August wurde er gegen Abend aufgeregt, sprang aus dem Bette, sagte, seine letzte Stunde sei gekommen und machte kurz darauf einen Selbstmordversuch durch Erhängen. In den folgenden Tagen war er wieder völlig apathisch, schlief während der Nächte zumeist schlecht, nahm nur wenig Nahrung zu sich und mußte selbst zum Waschen gezwungen werden. Am 28. August stürzte er unter den Erscheinungen eines hystero-epileptiformen Anfalles zusammen, wobei auch katalepsieartige Zustände zu konstatieren waren. Bis zum 15. September zunehmender körperlicher und geistiger Verfall. Er verließ das Bett kaum mehr und sprach nur äußerst wenig; dabei war der Schlaf konstant schlecht. *) Die folgende Zeit verbrachte der Kranke in schwer stuporösem Zustande, verweigerte zeitweise ganz die Nahrung, lag stundenlang in der eigenen Nässe, wenn man ihn nicht aus dieser Lage befreite, mußte gewaschen und gefüttert werden. Sein Gesicht wird als »maskenartig« beschrieben. Hat am 1. Oktober »mitten aus seiner Gebundenheit« einen plötzlichen Angriff auf einen seiner Pfleger gemacht, ihn

*) Eine Konstatierung allfälliger Gewichtsabnahme wurde nicht vorgenommen.

gewürgt, im Gesichte gekratzt und in die Ohrmuschel gebissen. Während des Monates Oktober blieb der Zustand ohne wesentliche Änderung. In dem am 31. Oktober abgegebenen Gutachten wurde erklärt, daß K. an »Depressionsmanie cum stupore« leide und daß die Möglichkeit nicht ausgeschlossen sei, daß er schon zur Zeit der Begehung der inkriminierten Handlungen geistesgestört war. Oberleutnant K. verblieb weiter im Spitale, machte in der Folge — passiv — eine Schmierkur durch und bekam Jodkalium, weil einerseits im Munde Plaques aufgetreten waren und er andererseits einmal eine luetische Infektion zugegeben hatte. In seinem Verhalten trat jedoch keine nennenswerte Änderung ein, nur findet sich im Beobachtungsjournale am 25. November 1900 und am 14. Jänner 1901 verzeichnet, daß er gegen den Pfleger aggressiv war. Für die Zeit vom 6. bis 11. März wurde dagegen notiert: »Observand läßt sich täglich in Uniform ankleiden, sitzt im Lehnstuhl, sein Blick ist heiter. Die ihm gereichte Zeitung blättert er nur durch, ohne sie zu lesen. Alle somatischen Funktionen in Ordnung«. Am 16. März blickte er den inspizierenden Divisionär »freundlich« an, antwortete jedoch auf keine seiner Fragen.

Am 18. März wurde Oberleutnant K. zum Zwecke der Beobachtung durch Mitglieder des Militär-Sanitätskomitees in das Garnisonsspital Nr. 1 in Wien aufgenommen. Bei seiner Ankunft begrüßte ihn der im Inspektionsdienste stehende Oberarzt, der seinerzeit in K's Elternhause viel mit ihm verkehrt hatte, in herzlicher Weise, doch nahm er von ihm nicht die geringste Notiz. Bis zu seiner anfangs Mai erfolgten Rücktransferierung lag er beständig im Bette und verließ dasselbe nur, wenn er angezogen und in den Garten geführt wurde. Dort saß er ruhig auf einer Bank, nahm aber nicht den geringsten Anteil an den Vorgängen in seiner Umgebung. Gesprochen hat er während seines ganzen Wiener Aufenthaltes nicht ein Wort. Die Speisen mußten ihm in den Mund gegeben werden; dagegen wusch er sich spontan, wenn ihm ein Lavoir mit Wasser und Seife gereicht wurde. Der Schlaf war im allgemeinen genügend, aber zeitweise unruhig und stellte sich gewöhnlich erst gegen Mitternacht ein. Der Ernährungszustand, welcher bei der Spitalsaufnahme stark reduziert war, hob sich allmählich, dem entsprechend ging auch das Körpergewicht in die Höhe. Tiefe Nadelstiche, Druck auf die Augäpfel, Annähern eines brennenden Zündhölzchens an die Augen riefen keinerlei Abwehrbewegungen oder Schmerzäußerungen, keine Änderung der Gesichtsfarbe, des Verhaltens der Pupillen und des Pulses hervor. Das Gutachten des Militär-Sanitätskomitees lautete dahin, daß Oberleutnant K. an Dementia praecox (katatonischer Stupor) leidet, daß aber auf Grund der Aktenlage anzunehmen ist, daß er zur Zeit der ihm zur Last liegenden strafbaren Handlungen noch zurechnungsfähig war, da die Geistesstörung allem Anscheine nach erst nach der Inhaftnahme aufgetreten ist; der durch die Verhängung der gerichtlichen Untersuchung erfolgte psychische Shock dürfte bei dem hereditär belasteten Inkulpaten das Zustandekommen der Psychose begünstigt, wenn nicht ausgelöst haben. *)

Zum Schlusse dieses Kapitels führe ich noch einen Fall an, der in recht instruktiver Weise zeigt, daß eine Dementia praecox

*) Leider konnte ich über das weitere Schicksal des Kranken keine Nachrichten erhalten.

selbst dann übersehen werden kann, wenn man — wie auf meiner Abteilung — stets mit dieser Möglichkeit rechnet und mit Rücksicht auf eine ziemlich bedeutende Zahl von einschlägigen Beobachtungen und dabei gesammelter Erfahrung gerade dieser Erkrankungsform ein besonderes Augenmerk zuwendet.

Einjährig-Freiwilliger N. T., geboren 1881, ist hereditär nicht belastet, nur soll der Großvater und Vater leicht erregbar, die Mutter nervös sein. Er selbst überstand als Kind Fraisen, hat aber sonst keine ernsteren Erkrankungen durchgemacht. Nach Angabe seines Vaters schien er seit dem 14. Lebensjahre in seinem Wesen verändert; er war ungesellig, trübsinnig, verschlossen, zeigte aber große Vorliebe für das Militär und kam deshalb nach Absolvierung des Gymnasiums und des ersten Jahrganges der Technik in eine Militär-Erziehungsanstalt. Er zeigte sich jedoch gleichgültig und ungeschickt, machte keine Fortschritte, bekundete den Hang zum Trinken, erhielt drei Disziplinarstrafen wegen Trunkenheit und Nichtbefolgung eines Befehles und mußte schließlich im April 1903 die Anstalt verlassen.

Nach seinem Einrücken als Einjährig-Freiwilliger im Herbst 1903 benahm er sich träge, unwillig, mied den Verkehr mit Kameraden, reagierte nicht auf Ermahnungen, war mürrisch, keck, leistete passiven Widerstand, äußerte gelegentlich, er müsse doch nicht den Prater glatt treten, das fortwährende Exerzieren sei ihm langweilig, da er es schon in der Schule gelernt habe usw. Nach Aussage einiger Kameraden fiel er ihnen durch sein »zurückgezogenes Wesen« auf; er machte garnichts mit, zeigte beim Exerzieren einen »verstörten Gesichtsausdruck«, lachte mitunter ohne ersichtlichen Grund in sich hinein und machte den Eindruck eines »verkümmerten Sonderlings«. Als er behufs Abbüßung einer dreitägigen Disziplinarstrafe in den Arrest hätte abgeführt werden sollen, verschwand er aus der Kaserne und ging nach Hause. Als ihn ein Offizier in seiner Wohnung aufsuchte, weigerte er sich, demselben zu folgen, sagte, daß er als ungarischer Staatsangehöriger ohne Einberufungskarte freiwillig eingerückt, daher zum Dienste nicht unbedingt verpflichtet sei und mußte, da er auf gütiges Zureden nicht reagierte, durch eine Patrouille abgeholt werden. In Präventivhaft gesetzt, wurde er am 14. Februar 1904 dem Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben. Hier zeigte er während der ganzen Beobachtungszeit ein ruhiges, geordnetes, unauffälliges Verhalten, antwortete auf die an ihn gestellten Fragen in korrekter Weise und ließ in keiner Beziehung Zeichen einer bestehenden Geistesstörung erkennen. Sein eigentümliches Benehmen beim Regimente begründete er damit, daß er sich als Ungar unter lauter Deutschen vereinsamt gefühlt habe, daß er oft beanständet worden und deshalb in einen verbitterten Zustand geraten sei; seine Angaben bezüglich der ihm zur Last gelegten Handlungen stimmten im wesentlichen mit seinem gerichtlichen Verhöre überein und gab er zu, daß er das Strafwürdige seines Verhaltens einsehe. In körperlicher Beziehung wurde nur eine leichte Steigerung der Patellarsehnenreflexe konstatiert. In dem am 2. April abgegebenen Gutachten wurde ausgeführt, daß das Benehmen des Beschuldigten sowie seine etwas verschrobenen Ansichten und Urteile über militärische Dinge jedenfalls als auffällig zu bezeichnen seien, daß sich aber dermalen die Annahme einer

bestehenden oder zur Zeit der inkriminierten Handlungen bestandenen Geistesstörung nicht begründen lasse.

Am 26. April wieder zum Regimente eingerückt, wurde er einem Korporal zur weiteren Ausbildung übergeben. Nachdem er im Verlaufe eines Vormittags alle Kommandos und die Ausführung derselben erlernt hatte, sollte er in die Kompagnie eingereiht und zu diesem Zwecke durch einen Gefreiten auf den Exerzierplatz geführt werden. Er verweigerte jedoch diesem mit den Worten: »Was wollen Sie von mir; lassen Sie mich in Ruhe; ich gehe nicht!« den Gehorsam und wurde deshalb in Präventivhaft gesetzt. Einem Offizier, der ihm sein Verhalten vorhielt, entgegnete er, er tue nichts zufleiß, sei nicht krank, aber nicht ganz in Ordnung, es werde schon anders werden. Er bat, sich aus seiner Wohnung in Begleitung einige Sachen holen zu dürfen, was ihm gestattet wurde. Dort angelangt, weigerte er sich, in die Kaserne zurückzugehen; man solle ihn in den Garnisonsarrest geben, sonst mache er der Sache auf andere Weise ein Ende. Im übrigen hatte er sich während der letzten Tage bereits dadurch mehrfach auffällig gemacht, daß er mitunter den ganzen Tag bei einem Bette mit angezogenem Mantel stand, mit niemandem verkehrte, häufig keine Antwort gab und zeitweise grundlos lachte oder weinte.

Bei seiner am 8. Mai 1904 erfolgten neuerlichen Spitalsaufnahme war er vollkommen orientiert, ruhig und geordnet. Für sein unmilitärisches Verhalten bei der Kompagnie zeigte er sich jedoch ganz einsichtslos, erklärte, dasselbe nicht zu bedauern, er würde es sofort wieder so machen, denn er lasse sich nicht durch sein ganzes Leben der Rekrutenausbildung unterziehen. In der Folge fiel er durch sein jeder Initiative entbehrendes apathisches Verhalten auf. Er stand oder saß stundenlang auf einem und demselben Fleck, stierte geistlos vor sich hin oder sah zum Fenster hinaus, gestand mit der größten Gemütsruhe, nicht zu wissen, warum er wieder ins Spital gekommen sei; es sei ihm übrigens ganz egal, wie lange er hier bleiben müsse, wie sich seine Zukunft gestalten werde usw. Während die vegetativen Funktionen anfangs ungestört waren, stellten sich später Störungen des Schlafes ein, auch verweigerte er zeitweise die Nahrungsaufnahme. Einmal stand er während der ganzen Nacht beim Fenster, starrte in die Finsternis und weigerte sich entschieden, das Bett aufzusuchen. Gelegentlich ereignete es sich, daß er stehend in die Kleider defaezierte, auch dann seine Stellung nicht änderte und als man auf den Vorfall aufmerksam wurde und ihm Vorstellungen machte, ruhig vor sich hin lächelte. Den Besuch seines Vaters nahm er ohne eine Miene zu verziehen auf, sprach ruhig durch einige Zeit mit ihm, verabschiedete sich sodann und wollte seinen Vater ein zweitesmal nicht mehr empfangen, da er so schon mit ihm gesprochen habe.

In dem Gutachten vom 6. Juli wurde die Diagnose »Dementia praecox« gestellt und ausgeführt, daß nunmehr kein Zweifel darüber bestehen könne, daß der Untersuchte schon zur Zeit der Begehung derjenigen strafbaren Handlungen, welche den Gegenstand der gerichtlichen Untersuchung gebildet haben, mit diesem Leiden behaftet, daher gemäß § 3, beziehungsweise § 5 lit. *a)* M.-S.-G. unzurechnungsfähig war.

Er wurde am 12. Juli nach durchgeführter Superarbitrierung seinem Vater in die häusliche Pflege übergeben.

---

9. Die Paranoia.

Die Paranoia ist eine chronische psychische Erkrankung, die für den Militärarzt im allgemeinen von viel geringerer Wichtigkeit ist als beispielsweise die progressive Paralyse, Dementia praecox, Imbezillität usw.; und doch erscheint mir die Kenntnis der hervorstechenderen Symptome dieser hochinteressanten Krankheit deshalb von großer Bedeutung, weil dadurch so manche auch bei anderen Psychosen vorkommenden psychisch abnormen Zustände dem Verständnisse näher gerückt werden und als gerade die Paranoia die Psychologie der Seelenstörungen an normale psychische Vorgänge anknüpfen und dadurch besonders verständlich erscheinen läßt.

Sie bildet seit langem einen der strittigsten Punkte der Psychiatrie, insofern bezüglich der Abgrenzung des Begriffes derselben die Ansichten ziemlich weit auseinander gehen.

Meinem persönlichen Empfinden sagt der Standpunkt Kraepelins am meisten zu, nach dessen Schilderung sich bei der Paranoia »ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln zu entwickeln« pflegt, wodurch es »mit Notwendigkeit zu einer tiefgreifenden Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, zu einer ‚Verrückung' des Standpunktes, welchen der Kranke gegenüber den Personen und Ereignissen seiner Umgebung einnimmt«, kommt.

Wenn ich mich auch zur Begründung meines Anschlusses an die Auffassung Kraepelins keineswegs auf ein reiches und noch weniger auf ein alle Altersstufen gleichmäßig umfassendes Beobachtungsmaterial stützen kann, so möchte ich doch hervorheben, daß ich wiederholt Fälle beobachtet habe, bei denen nicht selten durch längere Zeit gewisse elementare Störungen, wie sie bei der Paranoia vorkommen, bestanden, und die sich doch im weiteren Verlaufe als Psychosen ganz anderer Art herausgestellt

haben. Es handelte sich hiebei um Fälle von progressiver Paralyse, chronischem Alkoholismus, Dementia praecox, neurasthenischem Irresein usw., bei denen ausgesprochene Beziehungs- und Beachtungswahnideen, ja selbst auf kombinatorischer Geistestätigkeit beruhender Verfolgungswahn beobachtet werden konnten. Namentlich die paranoiden Formen der Dementia praecox können leicht zu Verwechslungen mit der eigentlichen Paranoia führen; daß man sie aber doch nicht zu dieser zählen soll, bedarf keiner weiteren Begründung, wenn man den großen Unterschied im Verlaufe dieser beiden Formen von Geistesstörung und namentlich den rasch hereinbrechenden eigentümlichen Schwachsinn bei den Fällen der ersten Art in Betracht zieht.

Während ich rund 200 Paralytiker auf meiner Abteilung in Beobachtung gehabt habe, dürften die Paranoiker kaum die Zahl 10 erreichen. Ich möchte daraus keineswegs ein Perzentverhältnis der Häufigkeit dieser beiden Krankheiten ableiten — die Gründe für jene des Auftretens der Paralyse in der Armee habe ich an anderer Stelle ausgeführt —, wohl aber betonen, daß die Paranoia jedenfalls eine seltenere Form von Geistesstörung ist und daß diese Diagnose nicht ohneweiters in jedem Falle von Beziehungs- oder Verfolgungswahn gestellt werden soll. In zweifelhaften Fällen wäre am zweckmäßigsten die Diagnosestellung per exclusionem zu versuchen; nicht selten wird erst der weitere Verlauf einen bestimmten Ausspruch gestatten.

Von Wichtigkeit ist, daß die Paranoia gewöhnlich erst im 4. Dezennium auftritt, einen ausgesprochen chronischen Verlauf nimmt, im allgemeinen mit typischen Beziehungs- und Beachtungswahnideen beginnt und hauptsächlich unter dem Einflusse von Gehörshalluzinationen und dem Bestreben der Kranken, ihren höchst auffälligen Wahrnehmungen auf den Grund zu gehen und dieselben durch mitunter recht komplizierte kombinatorische Denkprozesse zu ihrer Person in Beziehung zu bringen, zur Entwicklung eines »systemisierten« Wahnes führt. Bis der Paranoiker soweit kommt, vergehen gewöhnlich Jahre; wenn er aber mit seinem Wahngebäude hervortritt, dann ist er für alle Eventualitäten gewappnet, Gegenbeweisen, Vernunftsgründen und jeder Art von Korrektionsversuchen unzugänglich. Dabei ist sein formales Denken, speziell die Schluß- und Urteilsbildung vollkommen korrekt und nur die Verwertung des Resultates seiner Denkarbeit im Sinne des Wahnsystems krankhaft.

In der Regel kommt es bei der Paranoia zuerst zu Verfolgungswahn und später — als natürliche Folge des ersteren — zu Größenwahn. Dem Kranken drängt sich nämlich unwillkürlich die Überzeugung auf, daß er mit Rücksicht auf die große Zahl seiner Verfolger und die besonderen Anstrengungen, die von ihrer Seite gemacht werden, um ihn zu vernichten etc., gar nicht derjenige sein könne, für den er sich bisher selbst gehalten, sondern offenbar eine besondere Persönlichkeit, von hoher Abkunft, ein weggelegtes Kind usw. sein müsse. In dieser Überzeugung wird er häufig durch zufällige, mitunter ganz harmlose Bemerkungen seiner Umgebung, durch Zeitungsnotizen und die verschiedensten, völlig belanglosen Vorkommnisse, die er in seinem Bestreben, alles auf sich zu beziehen, mit seiner Person in Verbindung bringt und in wahnhafter Weise umdeutet, wesentlich gefördert; auch die retrospektive Auslegung früherer Wahrnehmungen und Erfahrungen, die gelegentlich bis in seine Kindheit zurückreichen können, spielt hiebei eine Rolle.

Die Kranken bleiben oft Jahrzehnte lang im Besitze ungestörter Intelligenz, vermögen noch durch längere Zeit trotz ausgebildeter Erkrankung ihren Berufspflichten nachzukommen und besitzen in hohem Grade die Fähigkeit, ihre Wahnideen gelegentlich zu unterdrücken, zu »dissimulieren«.

In forensischer Beziehung zählen die Paranoiker zu den gefährlichsten Geisteskranken, weil sie nicht selten unter dem Einflusse von Wahnideen und Halluzinationen gegen ihre vermeintlichen Widersacher und Verfolger, die zumeist ganz ahnungslos sind, schwere Attentate verüben und auch sonst infolge ihrer großen Reizbarkeit und ihrer Neigung, selbst ganz harmlose Vorfälle auf sich zu beziehen, kriminelle Handlungen (Ehrenbeleidigungen, Verleumdungen usw.) begehen können. Bei Offizieren kommen auf diese Weise gelegentlich Duellaffairen zustande, wovon ich mich in einigen Fällen überzeugen konnte.

Eine Unterart der Paranoia stellt der Querulantenwahn dar, welcher sich bei disponierten Individuen, denen ein tatsächliches oder nur eingebildetes Unrecht widerfahren ist, entwickelt und dazu führt, daß dieselben mit allen (erlaubten und unerlaubten) Mitteln zu ihrem Rechte zu gelangen trachten. Unter dem Einflusse vielfacher Enttäuschungen, die sie dadurch erleiden, daß ihre Eingaben, Beschwerden, Appellationen etc. immer wieder abschlägig beschieden werden, bemächtigt sich ihrer zumeist ein Zustand

von habitueller Gereiztheit, so daß sie selbst vor den schwersten Beschuldigungen gegen die Behörden und deren Funktionäre nicht zurückscheuen und mit ihrer Umgebung in vielfache Konflikte geraten. Nicht selten gelingt es ihnen, durch ihre temperamentvolle und überzeugende Art, die sie auf ihrer Jagd nach dem Rechte bekunden, Anhänger zu finden, die sie anfangs nur werktätig unterstützen, bis sie schließlich selbst ganz in den Ideen der Querulanten aufgehen und sich mit denselben identifizieren (»induziertes Irresein«).

Während das formale Denken lange ungestört bleiben kann, stellt sich bei ihnen mit der Zeit eine zunehmende geistige Abschwächung ein, die sich am deutlichsten darin zeigt, daß sie auch den berechtigsten Ausführungen gegenüber, insoweit dieselben ihrer Auffassung zuwiderlaufen und sie in der Erreichung ihres Zieles nicht fördern, durchaus ablehnend gegenüberstehen und sich in ihrer fortschreitenden Einsichtslosigkeit jedes auch des ungeeignetsten Mittels bedienen, wenn sie nur dadurch zu ihrem Rechte zu gelangen hoffen.

Die Stellung der Diagnose »Querulantenwahn« stößt häufig auf große Schwierigkeiten und erfordert nicht selten eine genaue Kenntnis der in Betracht kommenden, zumeist recht komplizierten Verhältnisse, weil gelegentlich auch ein normaler Mensch bei gröblicher Verletzung seines Rechtsbewußtseins und bei einer halbwegs temperamentvolleren Veranlagung sich leicht zu einem ähnlichen Verhalten, wie es unter krankhaften Umständen — namentlich im Beginne — beobachtet wird, verleiten lassen kann. Auch darf nicht übersehen werden, daß die der Gruppe der Degenerierten angehörenden, von Kraepelin als »Pseudoquerulanten« beschriebenen Menschen auch die Neigung zu fortgesetzten, mitunter recht zweck- und aussichtslosen Querelen besitzen.

Während sich aber normale Menschen und die soeben angeführten Pseudoquerulanten mit der Zeit doch wieder beruhigen und die Fähigkeit, die Aussichtslosigkeit ihres Unternehmens schließlich einzusehen, zumeist nicht verlieren, bekunden die echten Querulanten einen solchen Grad von Unversöhnlichkeit und Borniertheit, daß sie nicht selten ihrem Wahne alles zum Opfer bringen und schließlich in der Irrenanstalt landen.

10. Die periodischen Geistesstörungen.

Unter den verschiedenen Formen von Geistesstörung, welche die Neigung zu periodischer Wiederkehr zeigen, sind schon wegen ihrer relativen Häufigkeit an erster Stelle die Manie und die Melancholie zu nennen.

Kraepelin unterscheidet unter der Bezeichnung »manisch-depressives Irresein« manische und melancholische Zustandsbilder, beziehungsweise »Mischformen« derselben und behauptet, daß jeder Manie oder Melancholie die Neigung zur periodischen Wiederkehr innewohnt und daß die beiden genannten Psychosen nur als Erscheinungsformen einer und derselben Erkrankung, nämlich des manisch-depressiven Irreseins anzusehen sind; denn es komme nicht selten vor, daß sich in den Verlauf mehrerer manischer Phasen eine melancholische einschiebe, oder umgekehrt, und namentlich spreche für die Richtigkeit dieser Auffassung der Umstand, daß in den sogenannten »Mischformen« neben den Zügen der Manie auch solche der Melancholie gleichzeitig zu beobachten seien. Im übrigen unterscheidet Kraepelin die Melancholie des Rückbildungsalters, welche er nicht dem manisch-depressiven Irresein zuzählt.

Die Wiener Schule macht dagegen einen grundsätzlichen Unterschied zwischen der einfachen Manie und Melancholie, der periodischen Form der genannten Geistesstörungen und dem »zirkulären Irresein«, bei welchem mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit manische und melancholische Phasen oder umgekehrt einander ablösen, zumeist von einem mehr weniger freien Intervall gefolgt sind und gewöhnlich in derselben Reihenfolge nach einiger Zeit wieder auftreten.

Für den vornehmlich praktischen Standpunkt, den der Militärarzt im allgemeinen in psychiatrischen Fällen einzunehmen genötigt ist, kommen diese und ähnliche, an sich gewiß sehr interessanten Erwägungen weniger in Betracht; für ihn handelt es sich in erster Linie um die Frage, ob das ihm zur Beobachtung

überwiesene Individuum geisteskrank ist oder nicht, beziehungsweise ob es sich zur Zeit einer demselben eventuell zur Last fallenden strafbaren Handlung in zurechnungs- oder unzurechnungsfähigem Zustande befunden hat.

Da überdies sowohl die Manie als auch die Melancholie für den Militärarzt zumeist von untergeordneter Bedeutung sind, so will ich mich darauf beschränken, im nachstehenden nur die wichtigsten Symptome, welche diese beiden Psychosen kennzeichnen, zu besprechen und verweise bezüglich allfälliger näherer Details auf die verschiedenen Lehrbücher der Psychiatrie.

Vor allem erscheint es mir wichtig, darauf aufmerksam zu machen, daß beide Formen von Geistesstörung nicht selten in einem verhältnismäßig leichteren Grade verlaufen und daher auch leicht übersehen werden können, und zwar umsomehr, als sowohl die melancholische Verstimmung, wie auch die manische Erregung geringeren Grades (Hypomanie) vielfach nur eine unbedeutende quantitative Änderung des gewöhnlichen Verhaltens der betreffenden Persönlichkeiten bedeuten kann. Dieser Umstand wird namentlich dann von wesentlichem Belange sein, wenn der Militärarzt einen solchen Kranken nicht kennt, somit nicht in der Lage ist, einen Vergleich zwischen seinem gegenwärtigen und dem sonstigen Verhalten zu ziehen. In schwereren Fällen pflegen dagegen sowohl bei der Manie als auch bei der Melancholie die Krankheitssymptome derart ausgeprägt zu sein, daß bezüglich des abnormen psychischen Zustandes schon auf den ersten Blick kein Zweifel aufkommen kann.

Die Melancholie ist gewöhnlich durch traurige Verstimmung, sowie durch die »psychomotorische Hemmung« gekennzeichnet. In den leichteren Fällen, die ohne Wahnideen und zumeist auch ohne den Affekt der Angst einhergehen, sind die Kranken grundlos verstimmt, besitzen nicht die Fähigkeit, sich zu freuen, auch wenn sie in Wirklichkeit alle Ursache dazu hätten, empfinden im Gegenteil alles recht peinlich, sitzen müßig herum, sind oft nicht zum Verlassen ihres Bettes zu bewegen (»Bettsucht«), vernachlässigen ihre Obliegenheiten, können sich zu ihrer gewohnten Beschäftigung nicht aufraffen, fühlen sich müde, unfähig zum Denken, können sich auf ihnen sonst ganz geläufige Dinge nur nach längerem Nachdenken besinnen usw. Sie empfinden ihren Zustand häufig in der unangenehmsten Weise, sind von der Hoffnungslosigkeit desselben überzeugt und befassen sich dem-

gemäß vielfach mit Selbstmordgedanken. Daß sie dieselben in diesem Zustande doch nur selten in die Tat umsetzen, ist häufig nur auf den Mangel der hiezu nötigen Energie zurückzuführen. Immerhin kommen Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Melancholikern ungemein häufig vor und ist ihnen in dieser Beziehung niemals zu trauen.

Es ist begreiflich, daß derartige Zustände leichter melancholischer Verstimmung bei Soldaten gelegentlich für Faulheit, Indolenz usw. gehalten werden und zu Bestrafungen führen können.

Zumeist weisen aber ausgesprochenere Symptome auf die psychische Erkrankung hin. Dieselben bestehen in Wahnideen, sehr häufig in Form von Selbstanklagen, wobei mit Vorliebe ganz harmlosen Vorfällen in der Vergangenheit der Kranken eine besondere Bedeutung beigelegt und daraus ihre Unwürdigkeit usw. abgeleitet wird, von Versündigungsideen, auf welche sie in dem Versuche, ihren Zustand zu erklären, verfallen und schließlich in Form von Verfolgungsideen, die sich auf dem Boden ihrer wahnhaften Überzeugung, daß sie für ihr sündhaftes Verhalten die ausgesuchtesten Strafen werden erleiden müssen, entwickeln. Die Wahnideen können mitunter einen ganz unsinnigen Inhalt annehmen, mit Sinnestäuschungen einhergehen und unter dem Affekte der Angst (Angstmelancholie) zu heftigen motorischen Entladungen führen (»Raptus melancholicus«). Zum Unterschiede von dieser Form der »agitierten Melancholie« bezeichnet man jene leichteren, ohne Wahnideen einhergehenden Fälle als »Melancholia simplex« oder als »Melancholia sine delirio«. In manchen Fällen kommt es zu Zuständen schweren Stupors (»Melancholia attonita seu cum stupore«). Während die Melancholiker im allgemeinen besonnen und orientiert zu sein pflegen, kommen gelegentlich auch Trübungen des Bewußtseins, namentlich bei den schwereren Formen der Angstmelancholie mit raptusartigen Zuständen vor.

Die Melancholie wird von einer Reihe von körperlichen Krankheitszeichen begleitet, welche vor allem in einem beträchtlichen Sinken des Ernährungszustandes und demgemäß auch des Körpergewichtes, Appetitmangel, Obstipation, Störungen des Schlafes, verschiedenen nervösen Beschwerden, ferner in einer Verlangsamung der Herzaktion bei gleichzeitiger Steigerung des Blutdruckes und erhöhter Spannung der Gefäße bestehen.

Für den Militärarzt ist der Umstand wichtig, daß eine beginnende Dementia praecox nicht selten das Krankheitsbild der Melancholie vortäuscht.

Bei der Manie beobachtet man im Gegensatze zu der bei der Melancholie bestehenden Hemmung die »psychomotorische Erregung«, die sich in den leichteren Fällen (»Hypomanie« — »Mania mitis«) in einer heiteren, gehobenen, aber labilen Stimmung, die leicht in Affekte des Zorns umschlagen kann, sowie in Bewegungsdrang äußert, in schweren Fällen (»Mania gravis«) zu ausgesprochener »Ideenflucht«, mitunter auch zu »ideenflüchtiger Verworrenheit« mit Trübung des Bewußtseins, Sinnestäuschungen und Wahnideen, sowie zur »Tobsucht« führt.

Namentlich die Fälle leichter maniakalischer Exaltation (»Hypomanie«) können gelegentlich übersehen werden, da die Kranken nicht den Eindruck von Geistesgestörten, vielmehr jenen einer erhöhten psychischen und physischen Leistungsfähigkeit machen, wobei sie durch witzige Bemerkungen, große Schlagfertigkeit, gewandte Dialektik glänzen, die Schwächen ihrer Mitmenschen, eventuell ihre eigenen in leicht ironisierender Weise aufdecken, überall mittun, geradezu unverwüstlich erscheinen und mitunter auch tatsächlich in ihrem Berufe leistungsfähiger sind, als in gesunden Tagen.

Dabei besitzen sie vielfach die Fähigkeit, die Herrschaft über sich nicht ganz zu verlieren, allfällige Entgleisungen in schlauer Weise zu entschuldigen oder zu bemänteln und bei jeder Gelegenheit ihre Person in ein möglichst günstiges Licht zu stellen. Stoßen sie jedoch da oder dort auf Widerstand, kann ihre Heiterkeit jäh umschlagen, wobei sie gewöhnlich einen höheren Grad von Reizbarkeit und Zornmütigkeit verraten, doch pflegt alsbald die angeregte, gehobene Stimmung wieder die Oberhand zu gewinnen.

Infolge ihrer großen Unternehmungslust und ihrer Neigung, alles im rosigsten Lichte zu sehen, geraten sie mitunter in recht unangenehme Situationen, exzedieren in baccho et venere, beteiligen sich an gewagten finanziellen Unternehmungen, werden auch häufig übervorteilt und ausgenützt, lassen sich in die bedenklichsten Liebesabenteuer ein usw. und geraten nicht selten mit der Polizei oder dem Strafgesetze in Konflikt. Dies ist namentlich unter dem Einflusse von Alkohol der Fall, dem sie sich in ihrem

Drange nach heiterer Betätigung und in ihrer Vorliebe für geselliges Zusammensein in übermäßiger Weise hinzugeben pflegen. Derselbe raubt ihnen gewöhnlich den Rest der noch allenfalls vorhandenen Selbstbeherrschung und Rücksichtnahme auf die Regeln der Gesellschaft und sonstige gesetzliche Bestimmungen, so daß sie sich sehr leicht verschiedener Taktlosigkeiten und vom Strafgesetze verpönter Handlungen schuldig machen können.

Ein Symptom, welches der Klarstellung bedarf, ist die Ideenflucht der Manischen. Dieselbe besteht in dem abspringenden, ungeordneten Gedankengang und in dem Unvermögen dieser Kranken, sich beim Sprechen und Schreiben an gewisse leitende »Zielvorstellungen« zu halten, da sie ungemein ablenkbar sind und immer wieder durch äußere Eindrücke oder aufschießende Gedanken von dem eigentlichen Thema abgelenkt werden und dadurch, sowie durch ihre Neigung zu Klangassoziationen (Sang — Hang — Fang usw.), Reimereien, Alliterationen usw. vom Hundertsten ins Tausendste geraten. Dem Symptom der Ideenflucht gebührt namentlich in differential-diagnostischer Beziehung eine große Bedeutung bei der Abgrenzung anderer ähnlicher Zustandsbilder gegenüber den manischen, da dasselbe voll entwickelt fast nur bei den letzteren gefunden wird.

Sehr wichtig ist auch die Kenntnis des Umstandes, daß manische Kranke trotz Schlafmangels, selbst durch Wochen ohne Unterbrechung anhaltender motorischer Erregung und unzureichender Ernährung und trotzdem ihr Körpergewicht mitunter rapid sinkt, kein Ermüdungsgefühl verraten, weil an diesem Symptom jeder Simulationsversuch eines Gesunden, der eine Manie vortäuschen möchte, unbedingt scheitern muß.

Die schweren Fälle von Manie gehen mit derart ausgesprochenen Krankheitserscheinungen einher, daß die forensische Beurteilung allfälliger krimineller Handlungen auf keine besonderen Schwierigkeiten stoßen wird. In leichteren Fällen dagegen kann mitunter nur eine genaue Untersuchung des Geisteszustandes des betreffenden Individuums vor einem Irrtume bewahren. In solchen Fällen wird es sich um den Nachweis handeln, daß dasselbe von einem gewissen Zeitpunkte an eine Änderung seines Verhaltens, und zwar gewöhnlich eine solche ad pejus hat erkennen lassen und wird insbesondere auf den Nachweis der Ideenflucht und des Bewegungsdranges (psychomotorische Erregung) das Schwergewicht zu legen sein.

Es ist wohl selbstverständlich, daß sowohl eine Melancholie als auch Manie, wenn sie mit Sicherheit zu diagnostizieren sind, den Betreffenden für strafbare Handlungen unzurechnungsfähig machen. In solchen Fällen kann im Sinne der §§ 3 und 5, lit. *b*) von einer »Sinnenverrückung« gesprochen werden, und zwar insbesondere dann, wenn es sich um ein periodisches Auftreten dieser Psychosen handelt.

Wie schon oben erwähnt wurde, kommt es nicht selten vor, daß die vorstehend besprochenen Psychosen die Tendenz zur periodischen Wiederkehr zeigen und daß beim »zirkulären« oder »zyklischen Irresein« die manischen und melancholischen Phasen nach einem bestimmten Typus miteinander abwechseln, wobei sich zwischen die einzelnen Phasen oder nach je zwei solcher freie Intervalle einzuschieben pflegen, die aber mitunter auch ganz fehlen können. Nachdem die periodischen Geistesstörungen (manisch-depressives Irresein nach Kraepelin) fast ausschließlich auf dem Boden der hereditären Belastung zustande kommen, so zeigen die betreffenden Individuen in den freien Intervallen sehr oft die für die hereditäre Belastung, beziehungsweise psychische Degeneration charakteristischen Züge der psychopathischen Veranlagung.

Ein Moment möchte ich noch besonders hervorheben: es ist dies die mitunter bis in die kleinsten Details zu beobachtende Übereinstimmung der einzelnen periodisch oder zirkulär wiederkehrenden Anfälle, wofür vielfach der Ausdruck »photographische Treue« gebraucht wird. Dieselbe kann aber auch bei anderen Formen von Geistesstörung, z. B. epileptischen und hysterischen psychischen Ausnahmszuständen vorkommen, die ja im weiteren Sinne auch als periodische Psychosen aufzufassen sind.

Zum Schlusse möchte ich anführen, daß die einzelnen krankhaften Phasen beim zirkulären Irresein nicht selten in ziemlich milder, wenig ausgesprochener Weise verlaufen, so daß bei der forensischen Beurteilung solcher Fälle große Vorsicht geboten ist.

Nachstehend führe ich einen Fall von Hypomanie an, welchen ich seinerzeit beim Militär-Sanitätskomitee zu begutachten hatte.

Zugsführer M. F. rückte im Herbst 1895 zur aktiven Dienstleistung ein und wurde vermöge seiner besonderen Qualifikation bereits im Jahre 1898 als zum Feldwebel geeignet beschrieben. Als länger dienender Unteroffizier erhielt er dagegen in der Zeit vom 26. November 1899 an drei Disziplinarstrafen: wegen Retraiteüberschreitung, Trunkenheit außer Dienst und wegen inkorrekten Benehmens. Er zeigte überdies ein vollkommen geändertes

Wesen, machte Schulden, zechte mit den Rekruten in Wirtshäusern und vernachlässigte seinen Dienst. Am 17. Februar 1900 bat er am Abend den Bataillons-Inspektionsunteroffizier um die Bewilligung zum längeren Ausbleiben; als ihm seine Bitte als reglementswidrig abgeschlagen wurde, ließ er um 11 Uhr nachts seinen Kompagniekommandanten aus dem Kasino herausrufen (!) und bat diesen um die Erlaubnis. Ungeachtet der Verweigerung seiner Bitte blieb er doch die Nacht aus und kam in der Frühe betrunken zur Kompagnie. Nachdem er am 19. Februar mit einem Bekannten vormittags einen halben Liter Wein getrunken hatte, erbrach er ohne jeden zwingenden Grund den Koffer eines Kameraden, entwendete den Betrag von 18 Kronen und vertrank das Geld mit einigen Infanteristen in der nächsten Nacht.

In gerichtliche Untersuchung gezogen, gab er an, nicht zu wissen, was mit ihm damals geschehen sei; er fühle sich nicht in Ordnung, sei übrigens schon einigemal in irrenärztlicher Behandlung gestanden.

Die Kompagnie berichtete, daß er in den letzten Monaten bei allen Anlässen ein aufgeregtes, hastiges und nervöses Benehmen zur Schau trug, wenn ihm ein Fehler ausgestellt wurde, sofort in Tränen ausbrach, aber gleich darauf wieder übertrieben lustig war. Beim Exerzieren habe er auf Ausstellungen sofort aus Reih' und Glied geantwortet, »ohne jedoch dabei Frechheit oder Stützigkeit zu verraten«. Insbesondere sei in der letzten Zeit sein aufgeregtes Wesen und der plötzliche Übergang von großer Lustigkeit in Schwermut aufgefallen; mit Tränen in den Augen habe er von seinem Kompagniekommandanten Abschied genommen, sei aber gleich darauf »lustig und froher Dinge« mit der Eskorte in den Garnisonsarrest abmarschiert.

Die gepflogenen Erhebungen ergaben, daß sein Vater ein Trinker ist, die Schwester an Weinkrämpfen leidet und daß er von 1887—1893 wiederholt in Irrenanstalten interniert war. Einmal wurde die Diagnose »Manie« gestellt, zweimal war er wegen »hochgradigen Irreseins« durch längere Zeit in der Irrenanstalt, wurde einmal gegen Revers, sonst geheilt entlassen.

Dem Garnisonsspitale übergeben, wurde intakte Intelligenz, geordnetes Verhalten, jedoch zumeist gehobene, »redselige« Stimmung und Neigung zu Zornaffekten konstatiert. Da bei ihm während der Beobachtungszeit einzelne nicht konstatierte epileptiforme Anfälle vorgekommen waren, befaßte sich das Gutachten hauptsächlich mit der Würdigung dieser und übersah den dauernden psychisch abnormen Zustand.

Das Militär-Sanitätskomitee gab auf Grund der Akten das Gutachten dahin ab, daß es sich bei dem Manne um eine neuerliche Attacke von Geistesstörung — wahrscheinlich Hypomanie — handle, daß er für die ihm zur Last liegenden Handlungen nicht zurechnungsfähig und militärdienstuntauglich sei.

---

11. Das infektiöse und das Erschöpfungs-Irresein.

Während die meisten psychischen Erkrankungen ihren Grund in der eigentümlichen (psychopathischen) Veranlagung des betreffenden Individuums haben — bei anderen, z. B. bei der Paralyse, den alkoholischen Geistesstörungen usw., handelt es sich zumeist um eine durch Lues, Alkoholmißbrauch, Schädeltraumen etc. erworbene Disposition —, gibt es eine Reihe von psychischen Erkrankungsformen, von welchen auch Menschen mit einem sogenannten »rüstigen« Gehirn unter gewissen Bedingungen befallen werden können. Hierher gehören vor allem jene Zustände, welche von Kraepelin als »infektiöses«, beziehungsweise »Erschöpfungs-Irresein« beschrieben werden.

Die hier in Betracht kommenden Verhältnisse zeigen sich am einfachsten und deutlichsten bei den Fieberdelirien, desgleichen bei den Infektionsdelirien, bei welchen teils unter dem Einflusse der hohen Temperatur (Fieber), teils infolge der Allgemeininfektion durch die spezifischen Krankheitserreger gewisser Infektionskrankheiten (Typhus, Blattern, Intermittens, Influenza, akuter Gelenksrheumatismus, Sepsis etc.) zumeist akut delirante Zustände hervorgerufen werden, die gewöhnlich beim Schwinden der Ursache oder doch bald darnach zur Heilung gelangen.

In manchen Fällen, die unter dem Namen »Delirium acutum« zusammengefaßt werden, kann unter den Erscheinungen tobsüchtiger Erregung und rapiden Körperverfalles in ein bis zwei Wochen, mitunter auch in kürzerer Zeit, der tödliche Ausgang erfolgen.

Die von Kraepelin beschriebenen »infektiösen Schwächezustände« sind zum großen Teil die Folge der durch die früher genannten Krankheitserreger hervorgerufenen, häufig tiefer greifenden und mitunter einer gänzlichen Wiederherstellung nicht mehr fähigen Veränderungen an den nervösen Elementen der Großhirnrinde. Wenn auch in manchen dieser Fälle, und zwar

zumeist erst nach längerer Zeit eine Heilung eintritt, so geht doch eine nicht geringe Zahl dieser infektiösen Schwächezustände in dauernde, mehr minder ausgesprochene Verblödung über, insbesondere in solchen Fällen, wo die degenerativen Vorgänge an den Ganglienzellen höhere Grade erreichen und zur teilweisen Vernichtung derselben führen. Mitunter kommt es auch als Folge fortschreitender Erschöpfung zum Exitus letalis.

Sehr häufig ist der Typhus die Ursache verschiedener Erkrankungen aus der Gruppe des infektiösen Irreseins, weshalb dieser bei der Aufnahme der Anamnese stets besondere Beachtung verdient. Ich habe mich wiederholt überzeugt, daß diese Krankheit dauernde psychische Störungen, zumeist im Sinne geistiger Abschwächung, bedingen kann.

Das »Erschöpfungs-Irresein« hat seinen Grund, wie schon der Namen besagt, in der Erschöpfung des Gehirns, welche entweder durch eine abnorm starke Inanspruchnahme oder durch eine ungenügende Ernährung desselben bedingt sein kann.

Es ist eine allgemein anerkannte Tatsache, daß der Schlaf ein dringendes Bedürfnis für den Körper ist, einerseits um demselben die nötige Ruhe zu bringen, anderseits aber, um dem Gehirn Gelegenheit zu geben, sich von der mehr weniger intensiven Tagesarbeit zu erholen, d. h. die durch den Chemismus an den nervösen Elementen der Hirnrinde gesetzten Veränderungen wieder ausgleichen zu können. Schon eine einzelne durchwachte Nacht zeigt, wie empfindlich das Gehirn auf derartige Störungen reagiert.

Die sehr verschiedene Widerstands- und Leistungsfähigkeit der einzelnen Individuen macht es zwar möglich, daß mitunter durch lange Zeit fortgesetzte intensive Geistesarbeit trotz ungenügenden Schlafes und häufig auch nicht ausreichender Ernährung keine schwereren Folgen zeitigt, doch lehrt die Erfahrung, daß im allgemeinen angestrengte und namentlich mit Verantwortung verbundene, vornehmlich geistige Arbeit mit der Zeit zu einem Zustande führt, der von Kraepelin als »chronische nervöse Erschöpfung« beschrieben wird. Dieselbe äußert sich in einem Nachlassen der psychischen Leistungsfähigkeit, rascher körperlicher und geistiger Ermüdung, zunehmender Reizbarkeit usw. und einer Reihe von neurasthenischen Beschwerden.

Im Gegensatze zu der auf hereditären Verhältnissen beruhenden Neurasthenie, die gewöhnlich einen dauernden, mit zeitweisen Exazerbationen einhergehenden Zustand darstellt, ist diese erworbene Form der Neurasthenie zumeist einer gänzlichen Heilung fähig, wenn der Betreffende sich durch längere Zeit der Ruhe hingibt und sich in des Wortes eigentlichem Sinne erholt.

Dabei darf jedoch nie vergessen werden, daß die Neurasthenie mitunter auch den Beginn einer psychischen Erkrankung, insbesondere der progressiven Paralyse bedeuten kann.

In ähnlicher Weise, wie die chronische nervöse Erschöpfung zustande kommt, kann sich unter schwereren äußeren Bedingungen, vor allem infolge erschöpfender Ursachen (starke Blutverluste, höhergradige Abmagerung nach schweren Erkrankungen, andauernde körperliche Überanstrengungen, namentlich in Verbindung mit häufigem Nachtwachen, z. B. bei der Pflege von kranken Angehörigen usw.), nach der Wiener Schule auch durch gastrointestinale Autointoxikation und ähnliche Verhältnisse der als »Amentia« oder »akute halluzinatorische Verwirrtheit« beschriebene Zustand entwickeln, »bei welchem sich infolge einer greifbaren äußeren Schädlichkeit akut ein Zustand traumhafter Verworrenheit, illusionärer oder halluzinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung und motorischer Unruhe entwickelt, der bei günstigem Verlaufe frühestens nach zwei bis drei Monaten zur Genesung führt« (Kraepelin).

Nach meinen Erfahrungen im Garnisonsspitale Nr. 1 kommt die Amentia in der von Kraepelin gegebenen Abgrenzung unter den Soldaten verhältnismäßig sehr selten vor. Dessenungeachtet soll sich der Militärarzt doch auch mit dem Krankheitsbilde derselben genau vertraut machen, da sie leicht zu Verwechslungen mit der Katatonie und Manie führen kann, was namentlich in prognostischer Beziehung von wesentlichem Belange ist.

Diesbezüglich möchte ich auf die bei der Katatonie zumeist sehr gut erhaltene Orientierung und auf die spezifischen katatonischen Symptome im Gegensatze zu der Amentia aufmerksam machen, bei welcher die letzteren wohl nur vereinzelt vorkommen, während die Orientierung trotz erhaltener Aufmerksamkeit zumeist schwer gestört zu sein pflegt. Gegenüber der manischen Erregung kommt insbesondere der Umstand in Betracht, daß bei der letzteren gewöhnlich nur bei höhergradiger Erregung eine Störung der Auffassung und Verstandestätigkeit zu beobachten

sind, während bei der Amentia sehr häufig die Wahrnehmung gemacht werden kann, daß die Kranken, auch wenn die anfangs bestandene Erregung schon abgelaufen ist oder zeitweise sistiert, doch verworren sind, nur mangelhaft aufzufassen und trotz ihrer Aufmerksamkeit sich nicht zu orientieren vermögen. Auch die Beachtung der Anamnese, insbesondere der Nachweis einer greifbaren Ursache kann von Wichtigkeit sein.

Zu den Erschöpfungspsychosen gehört auch das »Kollapsdelirium«, welches sich im Anschlusse an erschöpfende Ursachen, insbesondere an fieberhafte Erkrankungen akut entwickelt, mit hochgradiger Verwirrtheit, lebhaften Halluzinationen, Labilität der Stimmung, Ideenflucht, heftiger motorischer Erregung einhergeht und gewöhnlich binnen Tagen oder höchstens ein bis zwei Wochen in kritischer Weise abschließt, wenn nicht infolge des rapiden Kräfteverfalles oder sonstiger Komplikationen der tödliche Ausgang erfolgt.

---

12. Die Epilepsie.

Die Epilepsie bildet eines der wichtigsten Kapitel der forensischen Psychiatrie. Sie ist aber auch für den Militärarzt von größter Bedeutung, weil sie nach den bereits seit längerer Zeit bestehenden Vorschriften die Tauglichkeit zum Militärdienst unter allen Umständen ausschließt, bei der großen Mannigfaltigkeit und nicht selten geringen Prägnanz ihrer Erscheinungsformen für die Diagnosestellung mitunter recht erhebliche Schwierigkeiten bietet und schließlich sehr oft die Veranlassung für kriminelle Handlungen abgibt.

Die große Häufigkeit epileptischer Erkrankungen und ihre vielfachen Beziehungen zur Kriminalität haben eine reiche Kasuistik gezeitigt und zu einer weitgehenden Erkenntnis dieser ungemein interessanten Psychoneurose geführt. Während man in früheren Zeiten nur die klassischen, mit Bewußtlosigkeit, tonisch-klonischen Krämpfen usw. einhergehenden Anfälle (grand mal) als Epilepsie bezeichnet hat, weiß man jetzt, daß ihr eine ungewöhnliche Zahl von Erscheinungsformen zukommt und daß die Kriterien dieser mitunter in wesentlichen Punkten differieren können.

Indem ich daran gehe, die hauptsächlich für die forensische Psychiatrie hiebei in Betracht kommenden wichtigen Momente einer näheren Besprechung zu unterziehen, möchte ich vor allem betonen, daß die Epilepsie in besonderem Maße die Neigung zu periodischer Wiederkehr besitzt, daneben aber sehr häufig — namentlich in schwereren Fällen — zu einer dauernden, habituellen Veränderung der betreffenden Persönlichkeiten führt, welche sich sowohl auf das Affektleben, als auch auf die Intelligenz erstreckt und als »psychische epileptische Degeneration« bezeichnet wird. Zu derselben gehört die ganz ungewöhnliche Reizbarkeit derartiger Individuen, die, entsprechend dem periodischen Typus der Epilepsie, zeitweise ohne bestimmten Grund besonders in die Erscheinung tritt, aber auch in der intervallären Zeit durch jeden Anlaß hervorgerufen werden und zu brutalen Akten führen kann,

ferner der Mangel altruistischer, dagegen die lebhafte Betonung egoistischer Gefühle, eine fortschreitende Abnahme der Intelligenz (epileptischer Schwachsinn), die bis zu gänzlicher Verblödung führen kann und sich schon in frühen Stadien durch eine auffallende Schwerfälligkeit im Ablaufe der psychischen Leistungen, Umständlichkeit und Weitschweifigkeit beim Sprechen und Erzählen, Mangelhaftigkeit des Gedächtnisses und der Reproduktionstreue, in der Vorliebe, sich mit der eigenen Person zu beschäftigen und dieselbe immer in den Vordergrund zu stellen und in einem einseitigen Hange zur Bigotterie äußert.

Es ist leicht einzusehen, daß diese im allgemeinen ungünstigen Eigenschaften der Epileptiker, insbesondere ihre Reizbarkeit, an sich schon häufig zu Konflikten mit ihrer Umgebung und auch mit dem Strafgesetze führen; in ganz besonderem Maße ist dies jedoch der Fall, wenn Affekt oder Alkohol auf sie einen Einfluß gewinnen, da der erstere die Heftigkeit der Reaktion eo ipso in bedenklicher Weise steigert, der letztere infolge der Intoleranz und häufig auch abnormen Reaktion, welche die Epileptiker gegen den Alkohol sehr häufig bekunden, ihre Handlungen leicht in pathologische Bahnen lenken und sie in den Zustand einer momentanen Sinnenverwirrung (§§ 3 und 5 lit. *c*) M.-S.-G.) versetzen kann.

Wenn auch die Epileptiker im allgemeinen — namentlich beim Fehlen ausgesprochener Symptome der oben beschriebenen psychischen epileptischen Degeneration — als zurechnungsfähig anzusehen sind, so können sie doch, wie soeben angedeutet wurde, sehr leicht in Zustände geraten, in welchen sie die Grenze der Zurechnungsfähigkeit überschreiten.

Es gibt aber noch eine ganze Fülle von Möglichkeiten, daß sie aus sich selbst, eben vermöge der fortbestehenden »epileptischen Veränderung« von zeitweise einsetzenden Anfällen heimgesucht werden, welche sich als periodisch auftretende krankhafte Phasen darstellen, in denen ihre Zurechnungsfähigkeit unbedingt auszuschließen ist.

Hierher gehören vor allem die bei ihnen nach gewissen Zeitabschnitten wiederkehrenden Verstimmungen mit großer Reizbarkeit, Nörgelsucht, Unlust zu jeder Arbeit und deutlicher Neigung selbst bis zu tätlichen Insulten ausartender Aggression, ferner die infolge trauriger oder ängstlicher Gedanken und Gefühle sich ihnen aufdrängenden, für gewöhnlich fremden Antriebe

z. B. zum Trinken (Dipsomanie), zum Davongehen (Desertionen!), oder zu anderen impulsiven Handlungen, insbesondere Brandstiftungen usw., welche eine unwiderstehliche Gewalt über sie gewinnen und sie trotz erhaltenen oder nur wenig getrübten Bewußtseins und nachträglich vorhandener Erinnerung zur Ausführung drängen (»Entäußerungshandlungen«).

Sehr häufig zeigen die einzelnen derartigen Anfälle eine große Ähnlichkeit und Übereinstimmung mit einander (photographische Treue!), was für unsere Verhältnisse speziell bei den von manchen Epileptikern immer wieder begangenen Desertionen von großer Wichtigkeit ist.

Aber auch die periodischen Verstimmungen mit ihren antisozialen Neigungen können beim Militär sehr leicht zu mannigfachen Konflikten führen.

Alle diese Zustände wären bei ihrer forensischen Würdigung am besten unter lit. *b)* (Sinnenverrückung) zu subsumieren.

Dieselben dauern gewöhnlich nur einige Stunden bis Tage, können mit Sinnestäuschungen und Wahnbildung einhergehen, mitunter auch abortiv verlaufen. In manchen Fällen dagegen bleiben Sinnestäuschungen und Wahnideen durch längere Zeit, selbst bis zu Monaten fortbestehen und sind dann leicht die Ursache von Verwechslungen mit anderen Formen von Geistesstörung (z. B. Dementia praecox, Paranoia). Gelegentlich können auch die oben angeführten Verstimmungen insbesondere unter dem Einflusse von Alkohol in Dämmerzustände übergehen.

Diese in forensischer Beziehung ungemein wichtigen krankhaften Antriebe und Entäußerungshandlungen können auch in Form eines präepileptischen Delirs einem klassisch-epileptischen Anfalle vorausgehen.

Beim Eintritte des letzteren stürzt der Kranke plötzlich unter Bewußtseinsverlust zusammen; nach einer kurzdauernden tonischen Starre stellen sich tonisch-klonische Krämpfe ein, nach deren Aufhören das Bewußtsein allmählich oder ziemlich rasch wiederkehrt. Daß auf der Höhe des Anfalles die Pupillen zumeist weit und reaktionslos, die Kranken selbst für die schmerzhaftesten Reize völlig empfindungslos sind, ist eine allgemein bekannte Tatsache. Dagegen verdient hervorgehoben zu werden, daß von ihnen auch in epileptischen Anfällen einzelne koordinierte Bewegungen ausgeführt werden, dagegen in hysterischen Krampfanfällen die Pupillen gleichfalls reaktionslos sein können, weil dadurch

diese bis vor kurzem für die Differentialdiagnose der beiden Neurosen als wichtig angesehenen Momente an Beweiskraft in erheblichem Grade verloren haben.

Mitunter kommt es gleichsam als Ersatz für die klassischen nur zu rudimentären (epileptoïden) Anfällen, bei denen einzelne, für den voll entwickelten Anfall charakteristischen Symptome gerade noch angedeutet sein können. So treten gelegentlich vereinzelte Muskelzuckungen, kurzdauerndes Verdrehen der Augen, einige Zitterbewegungen in Arm oder Bein, ganz zwecklose Greifbewegungen, plötzliches unmotiviertes Lachen usw. als Reste oder Rudimente der in der Krampfphase des epileptischen Grand mal bestehenden schweren Jaktationen auf; aber auch plötzliche Lähmungserscheinungen einer oder der anderen Extremität, Schwindelanfälle, vasomotorische Störungen sehr häufig in Form intensiver Schweißausbrüche und ähnliche rasch vorübergehende Zustände können zur Beobachtung kommen, die man insgesamt als »Petit mal«-Anfälle bezeichnet.

Im Gegensatze zu diesen unterscheidet man die sogenannten Absenzen, bei denen es sich ohne Auftreten von Krampf- oder Lähmungserscheinungen um nur einige Sekunden dauernde Ausfälle des Bewußtseins handelt, während welcher die Betreffenden mitten im Gespräche, in ihrer Beschäftigung, z. B. beim Essen usw., plötzlich innehalten und dann wieder fortfahren, ohne nachträglich eine Ahnung von dem Vorgefallenen zu besitzen.

Diese Absenzen zeigen vielleicht in der deutlichsten Weise, daß es Erscheinungsformen der Epilepsie gibt, welche von den körperlichen Begleiterscheinungen epileptischer Anfälle fast vollständig losgelöst, nur die psychische Sphäre betreffen. Da man auch bei den Dämmerzuständen ähnliche Verhältnisse findet, so faßt man alle diese Zustände unter dem Namen »psychische Epilepsie« zusammen und bezeichnet überdies einzelne derartige Anfälle auch als »psychische epileptische Äquivalente«, insofern dieselben an Stelle von Krampfanfällen des Grand oder Petit mal selbständig auftreten.

Es kommt jedoch häufig vor, daß sie sich an klassisch-epileptische oder abortive Anfälle anschließen (postepileptisches Irresein oder Delirien), oder daß sich in ihren Verlauf einzelne oder sich serienhaft wiederholende Krampfanfälle einschieben, so daß der Versuch einer Unterscheidung zwischen prä- oder postepileptischen Delirien unter diesen Verhältnissen illusorisch wird.

Im allgemeinen gilt aber als Regel, daß die mehr elementaren Störungen von der Art der oben beschriebenen Verstimmungen und Antriebe zu impulsiven Handlungen usw. entweder isoliert oder präepileptisch auftreten, während sich die Dämmerzustände mit schwererer Bewußtseinstrübung gewöhnlich postepileptisch oder gleichfalls isoliert zu entwickeln pflegen.

Die epileptischen Dämmerzustände sind gekennzeichnet durch einen mehr weniger traumhaft veränderten Bewußtseinszustand und zeigen fließende Übergänge von den leichtesten Formen, bei denen ein halbwegs auffälligeres Verhalten der betreffenden Individuen kaum wahrzunehmen ist, zu den schweren Delirien, die mit zumeist schreckhaften Halluzinationen, tiefer ängstlicher Verworrenheit, brutalen Gewaltakten, die sich nicht selten gegen den Nächstbesten kehren usw., einhergehen und auf den ersten Blick als Zustände ausgesprochener Geistesstörung zu erkennen sind.

Zu den leichteren, gewöhnlich kurz dauernden, relativ häufigen und forensisch sehr wichtigen Dämmerzuständen gehören jene, die mit einer traumartigen Umnebelung des Bewußtseins, gelegentlich auch mit Sinnestäuschungen und Wahnbildung einhergehen und zu planlosem »Herumirren« (eigenmächtige Entfernungen und Desertionen!) und sonstigen zwecklosen, aber auch kriminellen Handlungen (Diebstähle usw.) führen. In einzelnen dieser Fälle machen die Kranken den Eindruck von Berauschten, benehmen sich und handeln vielfach so wie diese; in anderen kommt es unter dem Einflusse sexueller Erregung zu mannigfachen triebartigen, unzüchtigen Handlungen (Exhibitionismus, öffentliche Masturbation, Unzuchtsattentate usw.).

Der »epileptische Stupor« tritt sehr häufig im Anschlusse an Krampfanfälle, aber auch als psychisch-epileptisches Äquivalent, beziehungsweise Dämmerzustand isoliert auf. Die Kranken liegen entweder teilnahmslos, ohne jedes Interesse für die Vorgänge in ihrer Umgebung im Bette, reagieren zumeist nicht, mitunter aber, wahrscheinlich infolge von Sinnestäuschungen, in heftigster Weise auf äußere Reize, lassen Stuhl und Urin unter sich, verraten jedoch vielfach durch ihr Verhalten, daß sie unter dem Einflusse von Halluzinationen (sehr häufig religiös-ekstatischen oder schreckhaften Inhaltes) stehen, oder sie sind zwar imstande, einer gewissen Beschäftigung nachzugehen, sind aber augenscheinlich schwer benommen, leben wie im Traume

und geben häufig ganz verkehrte Antworten. Mitunter schon nach wenigen Tagen, zumeist aber erst nach längerer Zeit kommt dieser Zustand zur allmählichen Lösung und hinterläßt sehr oft vollkommen fehlende oder stark getrübte Erinnerung.

Wie ich schon früher angeführt habe, ist das Verhalten des Bewußtseins der Kranken in den einzelnen Dämmerzuständen ein sehr verschiedenes. Während bei den Fällen schwererer Bewußtseinsstörung der Typus des epileptischen, zumeist halluzinatorischen, mit impulsiven Gewaltakten und tiefer Verworrenheit einhergehenden Delirs vorherrscht, so daß auch der Laie den psychisch abnormen Zustand ohneweiters wahrnimmt, verlaufen die Fälle mit nur leichter Trübung des Bewußtseins (»besonnenes Delirium« nach Kraepelin) in so wenig auffälliger Weise, daß die nachträgliche Konstatierung solcher »Traumzustände« (Hoche) mitunter großen Schwierigkeiten begegnet und häufig nur auf Grund einer minutiösen Abwägung aller in Betracht kommenden Verhältnisse möglich ist. Allerdings erfährt man gelegentlich von Tatzeugen, daß die Betreffenden auf sie den Eindruck von Betrunkenen oder Halbverrückten gemacht hätten, indem ihr Gang taumelnd, die Sprache lallend, der Gesichtsausdruck träumerisch war usw.; es ergibt sich jedoch von selbst, daß ihr Verhalten unter Umständen kein besonders auffälliges sein kann, wenn man erwägt, daß Epileptiker in solchen Dämmerzuständen schon wiederholt Reisen unternommen haben, wofür sie eine geradezu typische Vorliebe bekunden (»Poriomanie«), somit imstande sind, Fahrkarten zu lösen, mit den verschiedensten Menschen zu verkehren, im Hotel zu wohnen, Rechnungen zu zahlen u. dgl. m. Sehr bekannt ist die von einem Pariser Kaufmann in einem epileptischen Dämmerzustand durchgeführte Reise, bei der er bis Bombay kam und erst auf der Reede daselbst das Bewußtsein plötzlich wieder erlangte.

Im übrigen dürften bei vielen »besonnenen Delirien« so manche Auffälligkeiten einfach übersehen oder zum mindesten nicht entsprechend gewürdigt werden. Kommen solche Zustände während der Anstaltsbehandlung oder doch unter Verhältnissen vor, wo eine genauere Beobachtung gewährleistet erscheint, dann kann man sich gelegentlich überzeugen, daß das Verhalten der Kranken im allgemeinen wohl geordnet und anscheinend überlegt ist, aber doch auch vielfache Ungereimtheiten aufweist, mitunter geradezu unsinnig und völlig unverständlich ist, somit jenes harmonische

Zusammenspielen vermissen läßt, welches das Handeln des geistig Gesunden auszeichnen soll. Hoche bezeichnet diese für die bestehende Assoziationsstörung in hohem Grade charakteristische Erscheinung als »Inkohärenz der Willensäußerungen« und vindiziert dem Nachweise solcher Vorkommnisse namentlich in forensischen Fällen eine besondere Beweiskraft für die Annahme eines Dämmerzustandes.

Auch das Verhalten der Erinnerung kann in dieser Beziehung von großer Wichtigkeit sein, doch möchte ich besonders betonen, daß jeder einzelne Fall seine Eigentümlichkeiten zu haben pflegt, so daß jeder Versuch zu schematisieren von vornherein abzuweisen ist.

Im vorstehenden wurde wiederholt hervorgehoben, daß das Bewußtsein der Epileptiker während ihrer Ausnahmszustände in verschiedenem Grade gestört, aber nur verhältnismäßig selten gänzlich aufgehoben ist. Demgemäß zeigt auch die Erinnerung ein äußerst wechselndes Verhalten. Sie kann vollkommen fehlen (absolute Amnesie) oder lückenhaft, mit einzelnen »Inseln« vorhanden sein (relative Amnesie); sie kann im allgemeinen nur traumhaft, unbestimmt, mitunter auffallend gut, ja sogar anscheinend vollkommen erhalten sein. Zumeist gelingt es aber doch, in den zuletzt angeführten Fällen bei genauerer Prüfung einzelne Lücken nachzuweisen.

Viel wichtiger erscheint der Umstand, daß die anfangs ziemlich gut erhaltene Erinnerung sehr bald eine erhebliche Verminderung erfahren, auch gänzlich verschwinden, oder umgekehrt, daß die unmittelbar nach einer in einem epileptischen Ausnahmszustande verübten kriminellen Tat bestandene absolute Amnesie einer sich teilweise einstellenden Erinnerung weichen kann.

Derartige Widersprüche in gerichtlichen Verhörsprotokollen, die an verschiedenen Tagen oder in verschiedenen Stunden aufgenommen worden sind, dürfen nicht — wie dies auch schon bei den pathologischen Affektzuständen hervorgehoben wurde — ohneweiters als sichere Beweise für die Unglaubwürdigkeit der betreffenden Inkulpaten Verwertung finden. In solchen Fällen wird der Nachweis epileptischer Antezedentien, insbesondere auch schon früher vorgekommener psychischer Ausnahmszustände, ferner gewisser Ungereimtheiten in dem Verhalten der Betreffenden zur kritischen Zeit (im Sinne der früher hervorgehobenen »Inkohärenz der Willensäußerungen«) und sonstiger Auffälligkeiten im Benehmen

und Handeln von weit größerer Bedeutung sein als das anscheinend verdächtige Verhalten der Erinnerung und die vermutete geringere Glaubwürdigkeit des Inkulpaten!

Insbesondere möchte ich auf die bei epileptischen Soldaten so häufig vorkommenden Desertionen aufmerksam machen und vor einer zu oberflächlichen und überlegenen Beurteilung derartiger Fälle dringendst warnen. Ich habe mich wiederholt überzeugen können, daß die Angaben solcher epileptischer Deserteure häufig äußerst unbestimmt lauten und sogar recht selten auch nur andeutungsweise den eigentlichen Grund zum Ausdrucke bringen. So wird z. B. von ihnen berichtet, daß sie ohne besondere Veranlassung, — um einige Tage Ruhe zu haben, — aus Ärger über eine erhaltene Austellung oder Bestrafung, — weil sie zum Rapporte befohlen waren, vom Korporal oder Zugsführer schlecht behandelt worden seien, Heimweh gehabt, von einem unbesimmten Drange befallen worden seien, nach Hause zu fahren, um mit ihren Angehörigen einige Tage zusammen sein zu können usw., die Desertion begangen haben. Häufig kann schon der Umstand einen wichtigen Fingerzeig abgeben, daß sie immer wieder nach Hause kommen, trotzdem sie nach ihrer Erfahrung wissen müssen, daß sie alsbald von der Gendarmerie aufgegriffen und zum Regimente etc. zurückbefördert werden.

Es erscheint daher dringend geboten, in jedem Falle von Desertion, der nicht vollkommen klar und einwandfrei ist, insbesondere aber bei Wiederholungen dieser vom Militär-Strafgesetze als Verbrechen qualifizierten und mit schweren Strafen belegten Handlungen eingehende Erhebungen zu pflegen, die sich nicht nur auf die Tat selbst und den Geisteszustand des Inkulpaten, sondern auch auf sein Vorleben im Sinne allenfalls vorausgegangener epileptischer Antezedentien zu erstrecken hätten.

Zum Schlusse möchte ich noch darauf aufmerksam machen, daß epileptische Anfälle auch unter dem Bilde des »Nachtwandelns« auftreten können und daß Epileptiker gelegentlich, wenn sie plötzlich aus dem Schlafe erwachen, einen Zustand von Schwerbesinnlichkeit häufig mit illusionärer Verkennung ihrer Umgebung durchmachen, bis sie das klare Bewußtsein erlangen. In solchen Zuständen können leicht kriminelle Handlungen begangen werden.

Im nachstehenden führe ich mehrere Beispiele an, welche das über die verschiedenen epileptischen Zustände Gesagte illustrieren mögen:

1. Infanterist F. P.; erbliche Belastung nicht erhoben; mußte wegen »Geistesschwäche« vom Schulbesuche ausgeschlossen werden, verbrachte mehrere Jahre in einer Korrektionsanstalt, litt seit der Kindheit an häufigen epileptischen Anfällen, fiel durch seinen Jähzorn auf und wurde im Zivile wegen Körperverletzung und wegen Diebstahls bestraft. Im Jahre 1902 zur aktiven Dienstleistung eingerückt, wurde er als »verschlossen, leicht erregbar, unverträglich« beschrieben und kam wegen Diebstahls in gerichtliche Untersuchung.

In der Haft renitent, bei geringen Anlässen wie rasend, biß einen Mithäftling in den Daumen, so daß ein offener Knochenbruch entstand. Kam hierauf zur Beobachtung in das Garnisonsspital Nr. 1. Hier wurde ein deutlicher Grad von Schwachsinn (Urteilsschwäche, ganz auffallende Weitschweifigkeit und Umständlichkeit beim Erzählen und Schildern der ihn betreffenden Verhältnisse usw.), rücksichtsloser Egoismus, Gleichgültigkeit für momentane Situation und Zukunft, hochgradige Reizbarkeit und Brutalität (riß einem Krankenpfleger die Ohrmuschel halb ab!), sowie einige Degenerationszeichen (infantiler Habitus, steiler Gaumen, entwickelte Mammae) konstatiert.

In dem Gutachten wurde die epileptische Degeneration hervorgehoben, seine Affekthandlungen durch diese exkulpiert, im übrigen erklärt, daß der Grad des Schwachsinns seine Strafbarkeit wegen des Eigentumsdeliktes nicht ausschließe.

Der Mann wurde als militärdienstuntauglich superarbitriert.

2. Jäger F. B. seit Jugend geistesschwach, kindisch, bei Widerspruch gewalttätig; häufige nächtliche epileptische Anfälle.

Beim Regimente zeitweise scheu, unstet, sonst nicht besonders auffällig. Im zweiten (!) Dienstjahre als Blessiertenträger ins Garnisonsspital Nr. 1 kommandiert, unbeholfen, wenig brauchbar. Am 31. Oktober 1902 sehr wortkarg, geht aus, kehrt bald wieder zurück und wird unmittelbar darauf am Aborte hängend gefunden; darnach verwirrt, aggressiv. Nächsten Morgen ungenügend orientiert, schwer besinnlich, für die Vorfälle am Vortage amnestisch. Während der Beobachtung ein nächtlicher Aufregungszustand mit Verwirrtheit, später ein typisch epileptischer Krampfanfall.

3. Infanterist J. F. erblich belastet, leidet seit zwei Jahren an epileptischen Anfällen zumeist mit nachfolgender Verwirrtheit. Verließ am 2. November 1900 eigenmächtig die Kaserne, wurde am selben Tage von einem Sicherheitswachmanne im Walde bei Wien in verwahrlostem Zustande, ohne Seitengewehr angetroffen und arretiert; da er bald darauf bewußtlos zusammenstürzte und von Krämpfen befallen wurde, erfolgte seine Spitalsabgabe.

Nach negativer sechswöchentlicher Beobachtung wieder zum Regimente eingerückt, entfernte er sich am 25. Februar 1901 neuerdings und wurde nach drei Tagen in einem Souterrainlokale der Kaserne gefunden. Er gab an, am bezeichneten Tage von einem unwiderstehlichen Drange nach Alleinsein und von einem derartigen Schlafbedürfnisse befallen worden zu sein, daß er das

damals offene Lokal aufgesucht habe und gleich eingeschlafen sei. Nach dem Erwachen habe er zwar geschrien und gepoltert, sei aber nicht gehört worden.

Zum zweitenmal dem Spitale übergeben, hatte er während der Beobachtung einen zweitägigen Ausnahmszustand, in welchem er ein ängstliches, deprimiertes Wesen zur Schau trug, sich von einem »alten Manne« verfolgt glaubte und sich versteckte. Er zeigte für diesen Vorfall eine ziemlich getrübte Erinnerung. Gegen Ende der Beobachtung konnte ein typisch epileptischer Krampfanfall mit reaktionslosen Pupillen konstatiert werden. In dem Gutachten wurde erklärt, daß er ein Epileptiker sei, an epileptischen Dämmerzuständen leide und wurde demgemäß seine Ausscheidung aus dem Heere beantragt.

4. Dragoner K. angeblich nicht hereditär belastet, wird seitens der Heimatsgemeinde als roher, dem Trunke ergebener Mensch geschildert. Beauftragt, leere Säcke in die Futterkammer zu tragen, befolgte er zwar den Befehl, zerriß aber einige Säcke, vergrub den Rest im Hafer und versteckte sich selbst in der Futterkiste, von wo er mit Gewalt entfernt werden mußte. In das Marodenzimmer gebracht, schlief er sofort ein, erwachte am nächsten Morgen amnestisch. Am folgenden Abend stürzte er vom Koffer, auf dem er essend gesessen hatte, bewußtlos zu Boden, lag einige Minuten mit geballten Fäusten regungslos da und erholte sich sodann rasch, jedoch ohne Erinnerung für diesen Vorfall. Im Spitale wurden mehrere epileptische Anfälle konstatiert und demgemäß seine Ausscheidung beantragt.

5. Unterkanonier L. H. Bruder schwachsinnig. Erlitt im 10. Jahre eine schwere Gehirnerschütterung, klagte oft über Kopfschmerzen, hielt es auf seinen Dienstplätzen nicht lange aus und wurde wiederholt wegen Diebstahls bestraft. Nach seiner Ausweisung aus der Heimatsstadt sehr aufgeregt, irrte drei Tage planlos herum, hatte dann keine Erinnerung. Diente vom Oktober 1898 bis Juni 1899 anstandslos. Nach Einlangen seines Strafauszuges sehr verschlossen, gestörter Schlaf; entfernte sich in notdürftigster Kleidung von seinem Regimente, irrte in der Nachbarschaft durch drei Tage planlos herum, kam selbst wieder zurück, hatte nur lückenhafte Erinnerung. Im Spitale klagte er wiederholt über Kopfschmerzen, zeigte ein in sich gekehrtes Wesen und verriet mitunter eine läppische Heiterkeit. Das Gutachten lautete dahin, daß der Mann wahrscheinlich an Dämmerzuständen auf epileptischer Grundlage leide und beantragte seine Superarbitrierung.

6. Infanterist M. R. stammt angeblich aus gesunder Familie, überstand als Kind Scharlach, hatte schon vor der Pubertät Zeiten, wo er 2—3 Tage gedankenlos herumging, die Arbeit stehen ließ. Beim Militär gut konduisiert, verließ er ganz unvermittelt dreimal die Kaserne, fuhr stets in seine Heimat, kehrte selbst zurück; gab an, daß er an »rauschartigen« Anfällen leide, in denen er nicht wisse, was er tue, sei in solchen Zuständen desertiert, erst zu Hause zu sich gekommen. Im Spitale klagte er ab und zu über Kopfschmerzen, zeigte sonst keine Auffälligkeiten. Das Gutachten erklärte, daß der Mann wahrscheinlich an psychisch epileptischen Äquivalenten leide und beantragte seine Entlassung aus dem Heere.

7. Sicherheitswachmann A. P. Mit 15 Jahren Typhus. 1897 Biß durch wutverdächtigen Hund, sehr erschrocken; Pasteurimpfung, wochenlange Angst. Seither besonders nach Aufregung Anfälle: Gefühl des Heißaufsteigens, leichte Schüttelkrämpfe der Arme, Umnebelung des Bewußtseins. Hat mitunter beim

Erwachen in der Frühe Gefühl von Abgeschlagenheit und eingenommenen Kopf. Stürzte im Jänner 1899 in Hemd und Unterhose auf den Gang der Polizeikaserne, rief: »wo ist der russische Kaiser?«, wollte beim Fenster hinausspringen, benahm sich sehr exzessiv, zeigte erweiterte Pupillen und Pulsbeschleunigung. Dem Spitale übergeben, hatte er für den Vorfall keine Erinnerung, ließ aber außer Reizbarkeit keine Zeichen von Epilepsie erkennen. Es wurde ein epileptisch deliranter Zustand zur kritischen Zeit angenommen.

8. Leutnant E. H. erlitt im 10. Lebensjahre eine schwere Kopfverletzung, begann 1898 an bronchialem Asthma zu leiden, überstand 1899 Typhus, akquirierte 1900 Lues. Gelegentlich einer heftigen Asthmaattacke trat im Jahre 1899 der erste Anfall auf, der mit Bewußtlosigkeit und Krämpfen einherging und bis zur Wiedererlangung vollständiger Klarheit einige Stunden dauerte. Die anfangs seltenen epileptischen Anfälle nahmen im weiteren Verlaufe an Häufigkeit zu, an Intensität und Dauer ab, traten in den verschiedensten später zu beschreibenden Varianten auf und waren der Therapie nur insoferne zugänglich, als nach großen Bromdosen die Intervalle länger wurden. Am 2. Juli 1903 erfolgte die Aufnahme des Kranken in das Garnisonsspital Nr. 1 in Wien.

Hier konnten typisch epileptische Krampfanfälle (Grand mal) beobachtet werden, bei denen eine Aura meist fehlte, ferner solche, die sich durch länger dauernde, den ausgebildeten Krampfanfällen vorausgehende oder nachfolgende Verwirrtheitszustände und Bewußtseinstrübung auszeichneten. Andererseits kamen wiederholt Anfälle von Petit mal vor. So begann der Kranke oft während eines Gespräches sich im Kreise zu drehen, knickte mit den Knien ein, sank bewußtlos, doch ohne Krämpfe zu Boden. Anschließend daran, bei allmählicher Rückkehr des Bewußtseins, schreckhafte Halluzinationen, verstörter Blick, lallende Sprache, Verwirrtheit, welche Erscheinungen durch ein Stadium der Schwerbesinnlichkeit in Klarheit, jedoch Erinnerungslosigkeit an das Vorgefallene, übergingen. Gelegentlich traten, unabhängig von wahrnehmbaren epileptoïden Erscheinungen, ganz unvermittelt, Dämmerzustände auf, in denen der Kranke oft scheinbar geordnet herumging, auf Fragen ziemlich sachgemäß antwortete, wobei jedoch die langsame Sprache, der abwesende Gesichtsausdruck, eventuell unmotiviertes Grimmassieren und Selbstgespräche, sowie die nachträglich fehlende Erinnerung den krankhaft veränderten Bewußtseinszustand verrieten. Des weiteren kamen Anfälle vor, in denen er mit den Händen Greifbewegungen machte, fortwährend lächelte, unverständliche Worte sprach, deutlich verwirrt war, am Boden sitzend, seine Stiefel an- oder auszog, dabei auf Fragen reagierte, diese mitunter in fremden Sprachen (ungarisch oder französisch) beantwortete. Sehr häufig konnte man ganz kurz dauernde Zustände von Bewußtseinsveränderung beobachten, in denen er in seiner momentanen Beschäftigung oder im Gespräche plötzlich innehielt, starr vor sich hinblickte oder lächelte, um gleich darauf seine unterbrochene Tätigkeit wieder aufzunehmen.

Was den intervallären Zustand betrifft, so scheint sich bei dem Kranken schon vor der Spitalsaufnahme eine Charakterveränderung im Sinne von Reizbarkeit und Unverträglichkeit entwickelt zu haben, zu welchen sich nach und nach die Erscheinungen einer rasch fortschreitenden Demenz

gesellten. Ganz auffallend war die Hoffnungsfreudigkeit, die er bezüglich seiner Krankheit äußerte.

Der vorstehende Fall gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, als derselbe eine ganze Reihe von Erscheinungsformen der Epilepsie erkennen läßt und vollkommen unverfänglich ist.

9. Infanterist R. H., 21 Jahre alt, erblich belastet, war schon als Kind störrisch, höchst unfolgsam, jähzornig und gewalttätig, lernte nur mangelhaft lesen und schreiben. Im Alter von 9 und 10 Jahren erlitt er je ein Schädeltrauma, wobei er einmal aus dem 3. Stocke herabfiel und bewußtlos liegen blieb, und hatte seit dieser Zeit häufig Erregungszustände, zuweilen auch Anfälle von Bewußtlosigkeit mit Zuckungen in den Extremitäten und Schaum vor dem Munde.

Am 17. Jänner 1904 entwich er aus seiner Garnison, kam nach Wien zu einer Schwester, blieb bei ihr zwei Tage, verschwand sodann, nachdem er Zivilkleider angelegt hatte, wurde am 23. Jänner wegen Selbstmordversuches durch Trinken einer Phosphorlösung einem Zivilspitale übergeben, von dort wegen Unruhe und Gefährdung seiner Umgebung auf die psychiatrische Klinik gebracht und da er angab, Soldat zu sein, am 29. Jänner der Beobachtungsabteilung des Garnisonsspitales Nr. 1 übergeben.

Sowohl auf der Klinik, als auch während der ersten Tage im Garnisonsspital war er ängstlich, örtlich und zeitlich total desorientiert, verlangte, zum Grabe seiner Mutter entlassen zu werden, hatte Gesichts- und Gehörstäuschungen, befürchtete, umgebracht zu werden, fühlte sich von Sicherheitswachmännern verfolgt und schlief schlecht.

Gelegentlich seiner Vorstellung in der militärärztlichen Applikationsschule am 1. Februar zeigte er sich bereits ziemlich orientiert und geordnet, hielt aber noch immer an seinen Wahnideen fest; so glaubte er gehängt oder umgebracht zu zu werden und meinte in den Saal gekommen zu sein, weil die Anwesenden über ihn zu Gericht sitzen werden. Im übrigen erzählte er, daß ihm in seiner Garnison in der Nacht verschiedene Personen erschienen seien, die ihn beschuldigten, die Mutter umgebracht zu haben. Er sei deshalb nach Wien gefahren, habe das Grab der vor einigen Wochen verstorbenen Mutter aufgesucht, um sie zu fragen, ob die Anschuldigung auf Wahrheit beruhe, doch habe er nicht sprechen können; sei allnächtlich bis zum Morgen am Grabe der Mutter gewesen, sonst herumgeirrt, habe sich gelegentlich im Vorbeigehen etwas zum Essen gekauft. Er berichtete auch über einen Kampf, den er mit mehreren Männern zu bestehen hatte (ein Auge war blutig suffundiert, an der rechten Schulter eine Kontusion nachweisbar), konnte sich aber nicht an den Selbstmordversuch erinnern, und erwies sich überhaupt seine Erinnerung ziemlich dunkel und lückenhaft, für einige Zeit ganz fehlend.

In den nächsten Tagen wurde er vollkommen klar, korrigierte seine Wahnideen und zeigte nunmehr ein durchaus normales Verhalten.

Am 5. März trat neuerlich ein kurz dauernder ängstlicher Erregungszustand auf. Während der folgenden Wochen ließ er keine Zeichen von Geistesstörung erkennen. In dem Gutachten wurde ausgeführt, daß H. ein infolge hereditärer Belastung abnorm veranlagtes Individuum ist, durch die

beiden Schädeltraumen überdies eine erhebliche und dauernde Schädigung seiner Gesundheit erfahren haben dürfte und sich bereits zur Zeit seiner Entweichung in einem psychisch abnormen Zustande befunden hat, welcher mit Wahrscheinlichkeit als »epileptischer Dämmerzustand« aufzufassen ist. Er wurde im Wege der Superarbitrierung ausgeschieden.

10. Unterfahrkanonier S. M. rückte im Oktober 1896 zur aktiven Dienstleistung ein, zeigte schon als Rekrut wenig Lust zum Dienen, marodierte wiederholt und hieb sich im März 1897 den linken Daumen ab, weshalb er zu 10 Monaten schweren Kerkers verurteilt wurde. Am 15. April 1898 wieder zum Regimente eingerückt, erklärte er, Schmerzen in der linken Hand zu haben und deshalb den Dienst nicht versehen zu können.

Am 26. April 1898 früh befestigte er die Packtaschen an seinem Sattel und sagte auf die Frage, warum er dies tue, er sattle sein Pferd und reite nach Amerika. Unmittelbar darauf wurde er exzessiv, zerschlug alles, was ihm in die Hände kam und rief dabei beständig nach einem Fiaker, da er nach Amerika fahren wolle. Der herbeigerufene Arzt konstatierte stark erweiterte, reaktionslose Pupillen und veranlaßte seine sofortige Spitalsabgabe zur Beobachtung seines Geisteszustandes. Auch im Spitale wurde die Starrheit der Pupillen, sowie eine deutliche Trübung des Bewußtseins wahrgenommen. Nach zwei Tagen war die Pupillenreaktion prompt, das psychische Verhalten wurde normal, doch bestand für die letzten zwei Tage absolute Amnesie. In dem Gutachten wurde ein »Reizungszustand der Hirnrinde« angenommen, dagegen die Möglichkeit eines psychisch-epileptischen Äquivalentes direkt ausgeschlossen, da während der längeren Beobachtung keine neuerlichen Anfälle von Epilepsie vorgekommen seien!

In der Folge verhielt sich der Mann bei der Batterie vollkommen normal, machte die Manöver ohne zu marodieren mit und diente während der ganzen Zeit straflos.

In der Nacht vom 15. auf den 16. Oktober stand M. im Stallwartedienste, hatte denselben mit dem Unterkanonier P. um Mitternacht angetreten mit der Bestimmung, auf einer Längsseite des Stalles die Verunreinigung desselben durch die Pferde zu verhüten, zu welchem Zwecke ihm ein Urinfänger zur Verfügung stand. Nach Aussage des P. legte sich M. gleich nach dem Dienstantritte nieder und tat dies immer wieder, trotzdem er von ihm und auch von dem Oberkanonier P. wiederholt geweckt und zur Versehung seines Dienstes angehalten worden war. Gegen vier Uhr früh wollte er nicht einmal mehr aufstehen und sagte, daß er krank sei. Um fünf Uhr früh vom Vormeister zur Rede gestellt, antwortete er anfangs gar nicht und sagte schließlich: »weil ich es nicht wollte.« Er wurde daraufhin zum Rapporte bestimmt. Kaum war jedoch der Vormeister von ihm weggetreten, so schlug M. mit dem Urinfänger derart nach ihm, daß diesem der Tschako vom Kopfe fiel und er überdies eine Kopfverletzung erhielt. M. holte zum zweiten Schlage aus; der Vormeister und der Unterkanonier P. fielen ihm in den Arm; er entriß sich jedoch, ergriff eine Wasserbutte und holte nun gegen den anderen aus. Mit Mühe gelang es drei Männern, den sich wie rasend gebärdenden M. mit Trensenzügeln zu fesseln. Er zerriß aber diese und wurde endlich mit Stricken gebunden in den Arrest abgeführt. Dabei knirschte er mit den Zähnen, versuchte zu beißen, schlug mit Händen und Füßen herum, soweit dies die

Fesseln gestatteten, machte ein Gesicht, »als ob er sie auffressen wollte«, beziehungsweise den Eindruck »eines Verrückten«. Als der Oberarzt um acht Uhr früh zu ihm kam, spuckte M. um sich, reagierte nicht auf Fragen und benahm sich wie ein Rasender. Kurze Zeit darauf dem Spitale überbracht, wurden an ihm lichtstarre Pupillen konstatiert. Im übrigen war er aggressiv, stieß fortwährend unartikulierte Laute aus, spuckte die Umgebung an, versuchte zu beißen; nach beiläufig einer halben Stunde verfiel er in einen »zehnstündigen festen Schlaf«. Am nächsten Morgen war er ruhig, vollkommen reaktionslos auf äußere Reize, kam erst im Verlaufe mehrerer Tage allmählich zu sich, war noch durch einige Zeit schwer besinnlich, apathisch und hatte keine Erinnerung an die hier geschilderten Vorfälle. In der Folge zeigte er wieder ein vollkommen normales Verhalten, der Erinnerungsdefekt blieb jedoch unverändert.

Durch die gepflogenen Erhebungen gelangte man zur Kenntnis, daß M. stets jähzornig war, jedoch aus gesunder Familie stammt. Im Jahre 1894 erlitt er ein Schädeltrauma mit Gehirnerschütterung und ein Jahr darauf fortgesetzte psychische Insulte dadurch, daß er eine wutkranke Wölfin, welche einen Waldheger angefallen, erschlagen, den letzteren, als er selbst wutkrank geworden, eingefangen und ins Spital transportiert hat, wo dieser nach kurzer Zeit an Tollwut gestorben ist, und schließlich durch Wochen in der Angst gelebt hat, in gleicher Weise wie der Heger zu erkranken und zu sterben.

Das Gutachten des Militär-Sanitätskomitees, welchem dieser Fall zur Überprüfung zugewiesen worden war, begründete die Annahme eines psychisch-epileptischen Äquivalentes (epileptisches Delir) und exkulpierte den Mann gemäß § 3 lit *c*) M.-S.-G.

---

13. Die Hysterie.

Die Hysterie kommt in Form einzelner elementarer Störungen auch bei den Soldaten nicht gerade selten vor und ist oft die Ursache diverser Beschwerden, die bei dem Charakter des Leidens vielfach als Simulation oder Übertreibung angesehen werden. Ich möchte hier insbesondere auf die häufigen Gelenksschmerzen, gelegentlichen Kontrakturen in Beuge- und Streckstellung, Lähmungen oder Paresen einzelner Gliedmaßen und mannigfache sonstige Beschwerden aufmerksam machen, als deren Ursache sich recht oft bei genauerer Untersuchung Hysterie oder traumatische Neurose, die derselben nahe verwandt ist, herausstellt.

Die objektive Begründung für die krankhafte Natur derartiger Zustände ergibt sich aus dem Nachweise verschiedener körperlich-nervöser Störungen, die auch mit dem Namen hysterische Stigmen bezeichnet werden.

Als solche gelten die bekannten Arten der Sensibilitätsstörungen (Herabsetzung, Aufhebung oder Steigerung der Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung) entweder mit streng halbseitigem Typus, so daß die Grenze genau die Medianlinie einhält, oder mit segmentärem Typus, bei welchem als besonders charakteristisch der Umstand gilt, daß sich der Sensibilitätsdefekt nicht an die anatomischen Ausbreitungsbezirke einzelner Nerven hält und sich beispielsweise an den Gliedmaßen »manchettenförmig« abgrenzt; es können aber gelegentlich auch andere Arten von Abgrenzung vorkommen, z. B. inselförmige usw. Von Wichtigkeit ist, daß die Grenzen derartiger Sensibilitätsdefekte nicht selten gewisse Schwankungen erkennen lassen, daß dies aber wohl nur höchst selten bei ein und derselben Untersuchung der Fall ist.

Häufig klagen die Kranken über verschiedene Schmerzen, welche sich teils als Neuralgien, teils als Druckschmerzhaftigkeit gewisser Punkte herausstellen. Ziemlich konstant finden sich solche hyperästhetische Stellen oder »Druckpunkte« am Scheitel,

unterhalb der Mamilla, in den Hypogastrien (Ovarie), an der Wirbelsäule entsprechend einzelnen Dornfortsätzen usw. Mitunter können durch Druck auf solche überempfindliche Stellen hysterische Anfälle ausgelöst werden (hysterogene Zonen).

Als hysterische Stigmata gelten ferner: Fehlen oder Herabsetzung des Korneal-, Skleral-, Gaumen- und Rachenreflexes, Globusgefühl, die verschiedenen Arten von Lähmungen (Monoplegie, Paraplegie, Hemiplegie und die »gekreuzten« Lähmungen), hysterische Aphonie, Abasie und Astasie (Unvermögen zu gehen und zu stehen), die hysterische Amaurose, monokuläre Diplopie, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, die hysterische Taubheit (»Hystero-Traumatismus«) usw. und schließlich die verschiedenen Formen der hysterischen Anfälle.

Neben diesen körperlichen Symptomen zeigen die Hysterischen sehr häufig auch in psychischer Beziehung mannigfache Auffälligkeiten, die mitunter in eminenter Weise das Krankheitsbild beherrschen und zum Unterschiede von den zeitweise auftretenden Geistesstörungen im engeren Sinne eine dauernde Veränderung ihres Charakters, beziehungsweise Temperaments (Hoche) bedingen.

Zu diesen habituellen psychischen Eigentümlichkeiten Hysterischer gehören: Stimmungslabilität mit Neigung zu maßlosen Gefühlsausbrüchen von zumeist kurzer Dauer, Launenhaftigkeit, Unstetheit, schnell verfliegende Lebhaftigkeit des Interesses (helle Begeisterung mit rascher Abkühlung), leichte Suggestibilität und dadurch bedingte Leichtgläubigkeit (Autoritätsglaube), Lebhaftigkeit der Phantasie, größere Bestimmbarkeit der Handlungen durch das Gefühlsleben als durch den Verstand, stark ausgeprägter Egoismus, geringere Betonung altruistischer (ethischer) Gefühle, Willensschwäche, Neigung zu Übertreibung und Simulation, zu Verleumdung, Querelen usw.

Abgesehen von diesen soeben aufgezählten körperlichen und psychischen Krankheitszeichen, die in den mannigfachsten Kombinationen und Graden vorkommen können, werden gelegentlich bei den Hysterischen die verschiedensten Arten von Anfällen, sowie Ausnahmszuständen beobachtet.

Der große hysterische Anfall zeigt sehr häufig einige Ähnlichkeit mit dem epileptischen Grand mal (plötzliches Zusammenstürzen, tonische Starre, sowie Reaktionslosigkeit der Pupillen und Zungenbiß, die mitunter vorkommen können, usw.),

doch bietet derselbe eine weit größere Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Abgesehen von dem recht charakteristischen Opisthotonus (Arc de cercle) äußern die Kranken große Lebhaftigkeit und Heftigkeit ihrer Bewegungen, wälzen sich herum, schlagen, stoßen, beißen, greifen um sich und zerstören, was sie zu erfassen vermögen. Diesem Stadium heftiger Jaktationen,*) während welcher die Kranken auch zeitweise ganz ruhig daliegen, um dann wieder die lebhaftesten krampfartigen Bewegungen auszuführen, schließt sich gewöhnlich ein deliranter Zustand an, welcher durch die sogenannten »Attitudes passionelles« gekennzeichnet ist, wobei die Kranken durch lebhaftes Mienenspiel, Worte und Gebärden ihre Beteiligung an irgend einem traumhaften Erlebnisse zum Ausdrucke bringen, und übergeht schließlich in einen solchen mehr weniger ausgesprochener Erschöpfung.

Die Dauer ist im allgemeinen viel länger als bei den Krampfattacken der Epilepsie und kann dadurch, daß mitunter delirante Phasen und Krämpfe abwechselnd auftreten, selbst mehrere Stunden umfassen.

Dem großen hysterischen Anfalle können präparoxysmell — ähnlich wie beim Grand mal — minuten- bis tagelang Zustände von ängstlicher oder trauriger Verstimmung oder zorniger Erregung mit Sinnestäuschungen und Halluzinationen, eventuell ein präparoxysmelles Delir vorausgehen, oder auch als psychische Äquivalente selbständig auftreten.

Das hysterische halluzinatorische Delir, welches sehr häufig postparoxysmell, aber auch isoliert zur Entwicklung kommt, ist durch lebhafte Halluzinationen des Gesichts und Gehörs gekennzeichnet und hat gewöhnlich tatsächliche Erlebnisse, die unter dem Einflusse der Sinnestäuschungen phantastisch ausgeschmückt werden, zum Inhalt. Sehr oft spielen sich in solchen deliranten Zuständen immer wieder dieselben Situationen ab, die von den Kranken mit einem Übermaße von Gefühlsäußerungen, theatralischer Färbung und Pose behandelt werden. Zum Unterschiede von anderen deliranten Zustandsbildern besteht

*) Einer meiner Kranken schnellte während dieses Stadiums vom Bette ab und fuhr nach Art eines verkehrten Hechtsprunges (die Füße voraus) in völlig steifer Körperhaltung über den ziemlich hohen Fußteil des Bettes hinaus zu Boden, so daß er während der Anfälle, die gewöhnlich mehrere Stunden dauerten, durch 6 bis 8 Männer gehalten werden mußte.

beim hysterischen Delir ein deutlicher Rapport mit der Außenwelt und Suggestibilität, so daß die Kranken allfällige Fragen und Bemerkungen auffassen, beantworten und auch durch solche in ihren Handlungen beeinflußbar sind.

Die Dauer derartiger Anfälle ist zumeist kurz; die Kranken verfallen gewöhnlich in Schlaf, aus welchem sie amnestisch oder mit summarischer Erinnerung erwachen.

Im Gegensatze zu diesen auch dem Laien sofort als Ausnahmszustände erkennbaren Delirien, zeigen sich die Hysterischen in den Dämmer- oder Traumzuständen, welche sowohl in Verbindung mit Anfällen, als auch als Äquivalente solcher auftreten können, in ihrem äußeren Verhalten so wenig verändert, daß man ihren psychisch abnormen Zustand leicht übersehen kann, trotzdem die Apperzeption erschwert, der Bewußtseinsinhalt eingeschränkt ist und eine traumhafte Trübung des Bewußtseins besteht. Wegen der großen Ähnlichkeit, welche diese Kranken in ihren Handlungen mit jenen Hypnotisierter besitzen, bezeichnet man diese Zustände auch als »Hypnoide«.

Sie gewinnen dadurch eine große forensische Bedeutung, daß sich die Bewußtseinsänderung mitunter ganz allmählich entwickelt und daß derartige Zustände sehr häufig zu krankhaften Impulsen (triebartiges Fortlaufen, Diebstähle usw.) führen. Gelegentlich werden von den Kranken ähnliche Reisen unternommen, wie sie bei den besonnenen Delirien Epileptischer im vorigen Kapitel beschrieben wurden.

Auch dadurch, daß Vorstellungen aus dem wachen in den Traumzustand und umgekehrt übernommen werden und zu kriminellen Handlungen Veranlassung geben können, erscheint die große forensische Wichtigkeit solcher hysterischer Dämmerzustände begründet.

Nicht selten kommt es in denselben zu dem von Ganser beschriebenen Symptom des Vorbeiredens.

Da die hysterischen Geistesstörungen viel häufiger beim weiblichen Geschlechte und demgemäß bei Soldaten verhältnismäßig nur selten vorkommen, so glaube ich mich bei der Besprechung derselben mit diesen wenigen Ausführungen begnügen zu können, möchte aber dringend aufmerksam machen, in solchen Fällen mit der größten Vorsicht und jederzeit streng individualisierend vorzugehen.

Bei der forensischen Klassifikation hysterischer Ausnahmszustände wird je nach der Art derselben lit. *b)* (Dämmerzustände) oder lit. *c)* (delirante Phasen) der §§ 3 oder 5 des Militär-Strafgesetzes in Anwendung zu bringen sein. Würde es sich um einen hysterischen Krampfanfall handeln, bei dem kurz vorher oder nachher eine kriminelle Handlung verübt wurde, dann könnte wohl auch auf Unzurechnungsfähigkeit im Sinne von lit. *a)* der vorangeführten Paragraphe erkannt werden.

Im nachstehenden schildere ich einen Fall, den ich durch Monate im Garnisonsspitale Nr. 1 zu beobachten Gelegenheit hatte und der in vielfacher Beziehung die große Mannigfaltigkeit hysterischer Zustände erkennen läßt.

Fräulein E. Y., 24 Jahre alt, hereditär belastet, von Kindheit an blutarm und zart, erlitt vor mehreren Jahren infolge einer Liebesaffaire ein schweres psychisches Trauma; sie reagierte darauf mit einem Tentamen suicidii und einer in der Folge sich allmählich entwickelnden charakterologischen Veränderung. Sie wurde auffallend reizbar und produzierte Affektäußerungen, deren Intensität in keinem Verhältnisse zu den auslösenden Ursachen stand; ihre Stimmung schlug rasch in die Extreme um; sie wurde unberechenbar, unstet, launenhaft; ihr eigenes Ich trat immer mehr in den Vordergrund; sie verlangte erhöhte Beachtung für ihre Person, geriet bei ihren hypochondrischen Klagen über ihr körperliches Übelbefinden leicht in Übertreibungen und beklagte häufig, daß sie von Lebensgenuß und Glück ausgeschaltet sei; dabei ging sie aber ihrem Berufe nach.

Unter dem Einflusse eines neuerlichen psychischen Traumas, welches mit der ersten Affaire im Zusammenhange stand, verstärkten sich diese subjektiven Beschwerden. Im April kam es zum ersten hysterischen Anfall mit tonisch-klonischen Krämpfen, großer Jaktation und Arc de cercle, jedoch ohne vollständigen Bewußtseinsverlust; die Anfälle wiederholten sich in immer kürzeren Intervallen und zeigten steigernde Intensität; dazu gesellten sich absoluter Appetitmangel, Schlaflosigkeit, die trotz der Anwendung der verschiedensten Schlafmittel fortbestand, Stuhlverstopfung von 8—10tägiger Dauer und Störungen der Harnentleerung. Es erfolgte daher am 1. Oktober die Aufnahme in das Garnisonsspital Nr. 1.

Die körperliche Untersuchung ergab stark reduzierten Ernährungszustand (Körpergewicht 41 Klgrm.), allgemeine Anämie, diffuse Klopfempfindlichkeit des Kopfes, Druckschmerzhaftigkeit der Austrittsstellen des Trigeminus, Ovarie, beträchtliche Steigerung der tiefen Reflexe, vollständige Empfindungslosigkeit für taktile und Schmerzreize, rhythmisches Zittern des Kopfes und der rechten Hand, Hyperästhesie für akustische Reize, monokuläre Diplopie und Blindheit auf dem rechten Auge (hysterische Amaurose).

Am 4. Oktober wurde der erste Anfall beobachtet, dem in den nächsten Wochen fast täglich neuerliche folgten; die Krämpfe, die vorwiegend tonische waren, entwickelten sich regelmäßig zum Opisthotonus; daran schlossen sich delirante Zustände von gewöhnlich 1—3stündiger Dauer. Zeitweise bestand

der Anfall nur in mehr oder weniger hochgradigen Muskelspannungen und im Vordergrunde stand mit der Wertigkeit eines Äquivalentes das hysterische Delir. Diese postparoxysmelle transitorische Geistesstörung setzte mit verschiedenartigen Attituden ein; die Kranke geriet in eine zunehmende psychomotorische Erregung; die Bewegungen und der Ausdruck erschienen theatralisch posenhaft. Mit lebhafter Affektbetonung schilderte sie ihre Gesichtshalluzinationen. Bald freute sie sich über Engel, über eine daherkommende Kinderschar in weißen Kleidern, über Blumen, wobei ihre Gesichtszüge den Ausdruck reinsten Entzückens wiederspiegelten, bald berichtete sie unter Äußerungen von Angst und grauenhaftem Entsetzen von Männern, die sie verfolgten, vom Satan, den sie plötzlich im roten Kleide auf sich zukommen sah, worauf sie mit gellendem Aufschrei die Maschen des Gitterbettes, an denen sie sich gehalten hatte, losließ und sich im Bette vergrub. Nicht selten monologisierte sie im Anschlusse an solche Angstparoxysmen: »Warum muß denn gerade ich so leiden? — die Ärzte sagen zwar, es werde schon wieder gut werden, aber wann?! — mein Kopf tut mir so weh, so weh!« usw. Gelegentlich schlug sie sich mit den Fäusten gegen den Kopf, biß sich in den Arm, riß sich an den Haaren, so daß sie gehalten werden mußte. Die Färbung des Delirs wechselte außerordentlich rasch; dabei war wohl zu bemerken, daß sie durch Vorgänge in ihrer Umgebung zu beeinflussen war. Nach mehrstündiger Dauer trat Schlaf ein; nachträglich bestand vollkommene Erinnerungslosigkeit. Der während dieser Zeit wiederholt unternommene Versuch, sie einer hydriatischen Behandlung zu unterziehen, scheiterte jedesmal daran, daß sie unmittelbar nach dem Hineinsetzen in die Wanne das Bewußtsein verlor und durch längere Zeit in tonischer Starre des ganzen Körpers verharrte.

In der intervallären Zeit war das Befinden sehr wechselnd; bisweilen heiter, mit Vertrauen zur eingeschlagenen Therapie, scheinbar besser, schlug sie plötzlich ohne jeden Grund in weinerliche Stimmung um. Dabei zeigte sie eine sehr lebhafte Reaktion auf äußere Reize; während der Wechsel des Krankenzimmers ihren Zustand merklich günstig beeinflußte, wurde sie nach dem Besuche der Angehörigen, um den sie dringend gebeten hatte, rückfällig und antwortete mit einem schweren Insulte.

Im mannigfaltigsten Wechsel gesellten sich zeitweise Komplikationen hinzu: eine Streckkontraktur der linken unteren Extremität, nervöser, bellender Husten, Angstgefühle, Verstimmungen usw.

Gegen Weihnachten erwachte in ihr die Hoffnung, daß sie dieses Fest zu Hause feiern könnte. Binnen weniger Tage verschwand die Streckkontraktur, das Zittern von Kopf und Arm und die Amaurose; sie verließ das Bett und machte erfolgreiche Gehversuche. Als sie aber ihre Hoffnung nicht erfüllt sah; wurde sie rückfällig; die Streckkontraktur stellte sich wieder ein, ebenso der Tremor. Die Anfälle, die durch einige Zeit sistiert hatten, traten bei den geringsten Anlässen (Öffnen des Fensters, Luftzug usw.) wieder auf.

Die Schlaflosigkeit konnte durch Hypnose und die verschiedenartigste Suggestivtherapie nur vorübergehend bekämpft werden; auch die Obstipation erforderte fortgesetzte Behandlung.

Da durch die gehäuften Anfälle und durch die in den postparoxysmellen Delirien gesteigert auftretende Unruhe, und insbesondere durch das Schreien

die Umgebung in Mitleidenschaft gezogen wurde, erfolgte am 8. März die Übergabe an eine Irrenanstalt.

In dem folgenden Falle handelt es sich offenbar um ein von Haus aus minderwertiges, disponiertes Individuum, das wahrscheinlich unter dem Einflusse des durch die Einleitung der gerichtlichen Untersuchung erfolgten Choks akut an Hysterie erkrankt ist, daneben aber Geisstestörung zu simulieren versucht hat.

M. T., geboren 1869, Feldarbeiter, 1890 assentiert, 1894 zur Gendarmerie zugeteilt, als minder begabt, beschränkt, leichtsinnig, hinterlistig, dem Alkoholmißbrauche ergeben bekannt, ließ außer einem gewissen Hange zur Übertreibung, Schwindelei und Lügenhaftigkeit keine Zeichen einer geistigen Störung erkennen.

Wegen diverser Betrügereien gerichtlich verfolgt, entsprang er der ihn eskortierenden Mannschaft aus dem fahrenden Eisenbahnzuge, trieb sich unter verschiedenen lügenhaften Angaben herum, suchte den Leuten Geld herauszulocken, wurde schließlich nach mehrtägiger Verfolgung festgenommen und dem Garnisonsarreste übergeben.

Nachdem sich bei demselben unmittelbar nach seiner Einbringung und im weiteren Verlaufe der Haft eine Reihe von Auffälligkeiten in seinem psychischen Verhalten gezeigt hatte, kam er in das Garnisonspital Nr. . . zur Beobachtung seines Geisteszustandes, wo bei ihm die Erscheinungen eines weitgehenden Schwachsinnes, bezw. eines Verlustes selbst der elementarsten erworbenen Kenntnisse bei äußerlich geordnetem Verhalten und vorhandener Fähigkeit, Neueindrücke aufzunehmen, zu verwerten und zu behalten, festgestellt wurde.

Zur fortgesetzten Beobachtung durch Mitglieder des Militär-Sanitätskomitees dem Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien übergeben, konnte daselbst in körperlicher Hinsicht nachstehender krankhafter Befund erhoben werden:

Verbildete Ohrmuscheln, angewachsene Ohrläppchen, Herabsetzung des rechten Korneal- und Skleralreflexes, Unfähigkeit der Blickwendung nach rechts, Fehlen des Gaumen- und Rachenreflexes rechts, hochgradige Steigerung der Patellarsehnenreflexe, Schwäche der linken oberen und rechten unteren Extremität, totale Empfindungslähmung der Haut der rechten Körperhälfte für Berührung, Schmerz- und Temperaturunterschiede, Verlust der Geruchs- und Geschmacksempfindung rechts, Taubheit am rechten Ohre, rechtsseitige Amaurose, sowie vollkommene Stimmlosigkeit.*)

Bei der Aufnahme erzählte er, daß er durch einige Monate nicht habe sprechen können, in M. erkrankt sei, einige Monate nichts von der Welt gewußt, seinen Schwager nicht erkannt habe, nicht mehr lesen und schreiben konnte und erst in G. wieder die Anfangsgründe gelernt habe. Sein Verhalten war dauernd ein ruhiges, heiteres, kindisches, die Entäußerung seiner Gefühle und seine Redensarten bewegten sich in einfachen kurzen Sätzen ohne Zeitwörter. Z. B.: »Herr N. ein guter Mann, mir Trauben gebracht«; auf die

*) Auf Grund des Kehlkopfspiegelbefundes als hysterische Aphonie diagnostiziert.

Frage nach seinem Alter: »30, Schwester gesagt«, nach seinen Geschwistern: »Brüder zwei, Schwestern zwei, — vier — in G. Besuch« usw.

In einer vorgelegten Zeitung konnte er angeblich nur die Zahlen und den Buchstaben o lesen, das vorgeschriebene kleine lateinische Abc erkannte er, sprach nach einzelnen Buchstaben die Namen ihm bekannter Personen aus; die Ziffer 0 bezeichnete er als o, zweistellige Zahlen nannte er erst, nachdem er die Einser an den Fingern abgezählt hatte, von dreistelligen kannte er nur 100 und Vielfache davon, 103 korrigierte er z. B. in 100, bei 1000 löschte er die letzte Null weg und sagte »100«. Auf Diktat schrieb er große und kleine lateinische Buchstaben, kurze Wörter mit schülerhafter, zitternder Schrift, löste kleine Additionen teils mit, teils ohne Zuhilfenahme der Finger, konnte 12 + 12 nicht mehr ausrechnen.

Über sein Vorleben befragt, wußte er nicht einmal anzugeben, wann er geboren sei, und schien überhaupt seine Erinnerung erst mit dem Aufenthalte im Garnisonsspitale Nr. . . zu beginnen. In welchem Jahre geboren? »Jahr hat 12 Monate« (zählt sie sofort auf). — Wo geboren? »Zu Hause — in C . . . Vater und Mutter«. — Welcher Monat jetzt? (zählt an den Fingern die Monate her) »September.« — Welcher Wochentag? »Woche 8 Tage.« — Wie viel Tage ein Jahr? »Nichts gelernt, Assistenzarzt auch nicht.« *) — Wie lange hier? »9. August kommen« (richtig). — Wo zuletzt am Posten? »Schwester gesagt M . . . .« — Seit wann krank? »Stabsarzt — IV. Diät — Diarrhoe — 10 Opium — 47 schlafen gehen — ab kaput — Wärter Leibstuhl — Stabsarzt gesagt, muß liegen, nicht spazieren.«

Gelegentlich des Besuches eines Jugendfreundes verriet er nicht die geringste Spur des Erkennens, wogegen er den Besuch eines Militärarztes des Garnisonsspitales, in welchem er vorher war, mit lebhafter Freude begrüßte, dessen Namen sofort nannte. Trotz wiederholten Befragens konnte er zu Auskünften über seinen Lebenslauf bis zu seiner Spitalsaufnahme in . . . . . nicht gebracht werden, doch fiel seine Gleichgültigkeit diesem Defekte gegenüber bei seiner sonstigen Regsamkeit und Besonnenheit, sowie das sichtliche Ausweichen bei verfänglichen Fragen auf. Seine vegetativen Funktionen blieben während der ganzen Beobachtungszeit ungestört.

Das Gutachten stellte einerseits fest, daß der Mann zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlungen nicht geisteskrank war, gegenwärtig an Hysterie leidet, welche aber mit Rücksicht auf die gekreuzte Parese, Aphonie und die sonstigen Symptome, die so auffällig seien, daß sie unbedingt hätten wahrgenommen werden müssen, jedenfalls erst nach seiner Inhaftnahme entstanden ist, erklärte, daß er unter dem Einflusse dieser Neurose höchstwahrscheinlich Geistesstörung simuliert und beantragte aus Zweckmäßigkeitsgründen dessen Abgabe an eine Irrenanstalt.

Laut erhaltener Mitteilungen wurde derselbe gegen Revers in häusliche Pflege übernommen und soll sich zu Hause beschäftigungslos aufhalten.

---

*) Wurde im Garnisonsspitale in . . . . . durch einen Assistenzarzt-Stellvertreter unterrichtet.

14. Die Neurasthenie.

Die Neurasthenie spielt, soweit meine Erfahrung reicht, beim Militär eine große Rolle. Ich habe wiederholt mit Staunen gesehen, wie oft diese Diagnose bei Superarbitrierungen von Offizieren, aber auch bei jenen von Personen des Mannschaftsstandes vorkommt. Ich will ja ohneweiters zugeben, daß die Neurasthenie in dem gegenwärtigen »nervösen Zeitalter« eine ziemlich häufige Erkrankung ist, glaube aber doch, daß diesbezüglich ein gewisser Mißbrauch getrieben wird. Die Ursache dessen ist, wie mir scheint, hauptsächlich darin gelegen, daß der Begriff der Neurasthenie vielfach nicht genügend abgegrenzt, demgemäß diese Diagnose nicht selten ohne hinreichende Begründung gestellt wird und daß so manche andere Krankheitszustände irrtümlicherweise hiezu gerechnet werden. Sehr häufig wird das Anfangsstadium der progressiven Paralyse mit Neurasthenie verwechselt, aber auch andere Nerven- und beginnenden Geisteskrankheiten (Hysterie, traumatische Neurose, multiple Sklerose, die verschiedenen Erscheinungsformen des Entartungsirreseins, leichte Grade maniakalischer Erregung, eine beginnende Dementia praecox, Alcoholismus chronicus, Lues cerebri usw.) werden gelegentlich als Neurasthenie bezeichnet.

Als besonders unzweckmäßig erscheint mir jedoch der, wie ich glaube, nicht seltene Brauch, in gerichtlichen oder ehrenrätlichen Fällen, aber auch sonst bei unliebsamen Vorkommnissen, die dem einen oder anderen widerfahren, gleich mit der Diagnose Neurasthenie zur Hand zu sein und womöglich ohne viel Umschweife, oder doch mit dem Versuche einer gewissen Begründung, die Unzurechnungsfähigkeit des Betreffenden zur kritischen Zeit auszusprechen. Denn es dürfte zumeist schwer fallen, einer strengeren Kritik gegenüber ein derartiges Gutachten aufrecht zu halten und dann glaube ich, daß in dieser Beziehung der Humanität des Arztes doch auch gewisse Grenzen gezogen sind;

zum mindesten steht demselben das Recht einer bewußten milderen oder strengeren Auffassung eines Falles nicht zu; der Standpunkt, den ihm die ärztliche Wissenschaft vorschreibt, soll allein in solchen Fragen ausschlaggebend sein! Im übrigen möchte ich besonders davor warnen, Temperaments- und Erziehungsfehler ohneweiters als krankhafte Störungen im Sinne einer Neurasthenie aufzufassen.

Ich will mich im nachstehenden aus begreiflichen Gründen nur mit der zerebralen Form der Neurasthenie befassen und vor allem hervorheben, daß man stets zwischen der hereditären und der erworbenen Neurasthenie zu unterscheiden hat, was aber natürlich nicht ausschließt, daß gelegentlich ein Hereditarier auch an einer erworbenen Neurasthenie erkranken kann.

Die erstere findet sich bei hereditär belasteten Individuen, die vielfach neben den sonstigen Erscheinungen der körperlichen und psychischen Degeneration auch Zeichen der Neurasthenie erkennen lassen; die letztere entspricht der im 11. Kapitel kurz erwähnten »chronischen nervösen Erschöpfung«.

Die zerebrale Neurasthenie oder auch Zerebrasthenie ist im allgemeinen durch die »reizbare Schwäche des Nervensystems« gekennzeichnet und äußert sich in einer raschen geistigen Ermüdbarkeit und verminderten Leistungsfähigkeit mit zumeist herabgesetzter Initiative, geringer Widerstandsfähigkeit gegenüber schädigenden Einflüssen, großer Reizbarkeit und Zornmütigkeit, empfindsamem, für Kränkungen besonders zugänglichem Wesen, Vergeßlichkeit, Zerstreutheit, geringem Selbstvertrauen, in mitunter auftretenden Angstgefühlen, hypochondrischen Befürchtungen, Zwangsgefühlen (die verschiedenen »Phobien«), ferner Zwangsvorstellungen usw., sowie in einer Reihe von subjektiven Beschwerden und körperlichen Krankheitszeichen. Diese letzteren bestehen in: Störungen des Schlafes, zeitweise auftretendem oder konstantem Kopfschmerz, allgemeiner Unlust zu körperlicher und geistiger Arbeit, rasch eintretendem Ermüdungsgefühl; in allgemeiner Reflexsteigerung, Zittern der Hände, Zunge und gespreizten Finger, nicht selten auch der mimischen Gesichtsmuskulatur beim Zähnezeigen und Sprechen, lebhafter Pupillenreaktion mit »Springen« derselben (Hippus), vasomotorischen, sekretorischen Störungen usw.

Namentlich bei der hereditären Form der Neurasthenie finden sich mitunter schwere Depressionszustände mit taedium

vitae, Zwangsvorstellungen der verschiedensten Art und viele andere psychische Störungen, die fließend in die mannigfaltigen Erscheinungsformen des Entartungsirreseins hinüberleiten können.

Die früher geschilderten Krankheitssymptome Neurasthenischer können begreiflicherweise beim Militär sehr oft die Veranlassung von dienstlichen Anständen oder Konflikten mit dem Disziplinar- oder Militär-Strafgesetz abgeben. Nichtbefolgung von Befehlen infolge von Vergeßlichkeit, falsche Ausführung oder Erteilung von Kommandos hervorgerufen durch Zerstreutheit, Widerrede aus Reih' und Glied, Beschimpfungen von Untergebenen, tätliche Insulte in der Erregung usw. sind keineswegs seltene Vorkommnisse, derentwegen Neurastheniker zur Verantwortung gezogen werden.

Auf einen Umstand möchte ich besonders aufmerksam machen, das ist die Kopflosigkeit und der Mangel jeder Überlegung, welche die insbesondere in der Aufregung begangenen Handlungen Neurasthenischer gelegentlich auszeichnen, sowie daß sie infolge ihrer geringen Initiative und Unentschlossenheit mitunter in wichtigen Fällen nicht genügend energisches und zielbewußtes Handeln bekunden, was namentlich in Ehrenangelegenheiten bedenkliche Folgen haben kann.

Die forensische Beurteilung derartiger Fälle kann selbstverständlich nur eine streng individualisierende sein, wobei eine eingehende Untersuchung und Abwägung der einzelnen in Betracht kommenden Verhältnisse unerläßlich ist. Dabei hat im allgemeinen als Regel zu gelten, daß beim Fehlen spezieller, noch zu besprechender Umstände die Handlungen Neurasthenischer wohl nur in den seltensten Fällen werden exkulpiert werden können; dagegen wird mit Rücksicht auf die durch diese Erkrankung häufig bedingte Willensschwäche und geringere Widerstandskraft gegenüber den sich gelegentlich einstellenden Trieben, Zwangsimpulsen und Neigungen zur Begehung strafbarer Handlungen die Notwendigkeit der Anwendung mildernder Umstände zu begründen sein.

Kommen jedoch kriminelle Akte in Betracht, die von Neurasthenikern im Affekte oder im alkoholisierten Zustande begangen wurden, dann kann sich für einen solchen speziellen Fall durch den Nachweis eines höhergradigen, einer Sinnenverwirrung gleichzusetzenden Affektes oder pathologischer Alkoholreaktion im

Sinne der §§ 3 und 5 lit. *c)* M.-St.-G. ein Strafausschließungsgrund ergeben.

Abgesehen vom Entartungsirresein, von welchem hereditäre Neurastheniker nicht selten befallen werden, kommen auf dem Boden der eigentlichen Neurasthenie Psychosen im engeren Sinne verhältnismäßig nur selten vor.

Die neurasthenische Geistesstörung geht gewöhnlich bei erhaltenem Krankheitsbewußtsein unter dem Bilde einer in körperlicher und geistiger Beziehung in schwerem Grade ausgebildeten Neurasthenie und tiefer Gemütsdepression einher, dauert oft mehrere Monate, führt aber zumeist zur Heilung.

Ferner können unter dem Einflusse der bei Neurasthenischen mitunter vorkommenden Angstparoxysmen kurz dauernde delirante oder Zustände von Verwirrtheit vorkommen.

Schließlich sollen auch »neurasthenische Dämmerzustände« ähnlich den bei Epilepsie und Hysterie beschriebenen auftreten.

Der nachstehend angeführte Fall scheint für diese Möglichkeit zu sprechen:

Leutnant S. M., 1877 geboren, stammt von gesunden, noch lebenden Eltern; es liegen keine Anhaltspunkte für eine hereditäre Belastung vor. Nach den gepflogenen Erhebungen war er von Jugend an »nervös«; im 3. Jahrgange der Kadettenschule lief er einmal unmittelbar vor einer Prüfung, für die er angestrengt studiert hatte, aus dem Lehrsaale fort und wurde erst nach längerem Suchen auf einem Felde im Schnee sitzend aufgefunden. Nach seiner Erzählung huldigte er als Kadettoffiziersstellvertreter eine Zeit lang dem Alkoholmißbrauch, was zu dienstlichen Schwierigkeiten Veranlassung gab; er habe häufig an Kopfschmerzen gelitten und schlecht geschlafen; öfters habe ihn der Drang befallen, während der Nacht spazieren zu gehen. Er sei dann aufgestanden, habe sich angezogen und sei in den Straßen herumgegangen; dabei sei er stets bei klarem Bewußtsein gewesen. Im Jahre 1900 habe es sich wiederholt ereignet, daß er den unwiderstehlichen Zwang verspürte, wegzufahren; er habe dann eine Karte für die erste Zone gelöst und sei mit der Bahn in irgend einer Richtung davongefahren. Während der Fahrt sei es ihm eingefallen, daß sein Vorgehen unerlaubt sei; darauf sei er dann mit dem nächsten Zuge zurückgekehrt.

Im Oktober 1900 kam er in die Mappeurschule des militärgeographischen Institutes; bereits im Beginne seiner Kommandierung fiel er durch sein nervöses, schrekhaftes Wesen auf; er zeigte großen Fleiß, machte aber keine besonderen Fortschritte. Sein Tischnachbar und die übrigen Kameraden berichteten, daß er wortkarg war, sich von ihnen absonderte, in Gedanken versunken herumging, über Kopfschmerzen und Nervosität klagte, leicht zusammenfuhr, zitterte und sich exaltiert und überspannt benahm; bei Prüfungen konnte er sich nicht ordentlich ausdrücken.

Am 22. Mai 1901 sollte er in seiner Mappierungsstation von einem Vorgesetzten inspiziert werden; am Vorabend fiel er durch sein unstetes Benehmen auf; er äußerte, daß ihm die Berge im Kopfe herumtanzen, verbrachte aber den ganzen Abend in der Gesellschaft mehrerer Herren, darunter des Inspizierenden. In der Nacht zum 22. Mai verließ er die Station; in seinem an den Inspizierenden zurückgelassenen Briefe schrieb er, er lasse sich nicht inspizieren, es drehen sich die Berge in seinem Kopfe, er fühle Fieber — »Geist Rübezahl ist's, der Ihre Gestalt angenommen und mich von Berg zu Berg, von Sattel, Kuppe, Rast, Steile angrinst, warum soll ich mich von seinen gläsernen Augen erstechen lassen?« — er müsse fliehen, mit seiner Existenz sei es aus, das sei Schicksal, zum Selbstmord sei er zu feig; an seine Eltern sandte er mehrere Ansichtskarten, Briefe und Telegramme, teilweise verwirrten Inhaltes. Er fuhr über Wien, wo er die Uniform gegen Zivilkleider vertauschte, und Fiume nach Cherso; von dort telegraphierte er an die Übungsleitung und an das militärgeographische Institut und verlangte die Nachsendung seiner Bagage, Instrumente und des Dieners, da er »wegen der schönen Formen« dort weiter mappieren werde. An seinen Vater richtete er von Cherso aus folgenden Brief: »Am Meer, Freitag 24. Mai.

Lieber Tate!

Das Schiff ist unendlich brave — es durchschneidet die Leiber von allen Schlangen — ich werde mappieren dort, wo der Fels am höchsten ist und jäh abfällt zum Meere — 600 *m* hoch und 600 *m* von der Küste weg, also 45° Böschung — dort wird mich wohl niemand erstechen mit seinen Glasaugen, dort werde ich weiter mappieren. Ich habe schon telegraphiert um den Iwan und die Instrumente und Handlanger, die dürfen kommen — aber sonst niemand ich werfe alle ins Meer, ich lasse mich nicht umbringen von dem . . . .*) o nein, ich werfe ihn hinab ins Meer, dann ist er todt. Bis die Instrumente kommen, skizziere ich. Und die Marie darf schon auch kommen, ich lasse sie dann von der glänzenden Sonne braten. Ich mappiere fort.

Euer S. —«

Da nach all dem der Verdacht bestand, daß bei ihm eine Geistesstörung zum Ausbruch gekommen sei, wurde er abgeholt und am 31. Mai 1901 dem Garnisonsspitale Nr. 1 zur Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben. Bei der Aufnahme zeigte er sich zwar örtlich und zeitlich orientiert, gab geordnete Antworten und vermochte in zusammenhängender Weise über die letzten Ereignisse zu berichten, war aber merklich erregt, sprach mit einer gewissen Verzückung von Cherso, mit dem Ausdrucke des Entsetzens vom Inspizierenden und bekundete keinerlei Einsicht für seinen krankhaften Zustand; er betonte immer wieder, daß er sich »von dem Herrn mit der großen Lupe« nicht inspizieren lasse. Auch in den nächsten Tagen war seine Stimmung labil; bald zeigte er sich ängstlich verstimmt, bald gleichgültig; für seine Lage fehlte ihm die richtige Beurteilung. Er betrachtete sich als Verbrecher, der nicht würdig sei, Offizier zu sein, da er diese Sache begangen habe. Beim Besuche der Mutter geriet er in große Aufregung, schrie mit lebhafter Affektbetonung, daß ihn alle verfolgen, er habe mit dem Leben abgeschlossen, er werde jemanden erschlagen; ängstlich fragte

*) Namen des Inspizierenden.

er, was denn geschehen sei, daß seine Mutter ihn besuche und übersah vollkommen, daß er durch sein eigenes auffälliges Benehmen diesen Besuch provoziert hat!

Nach etwa zwei Wochen wurde sein Verhalten gleichmäßiger, ruhiger, schließlich vollkommen geordnet; er hatte nun Einsicht für die überstandene krankhafte Phase und führte dielbe auf geistige Überanstrengung und übermäßigen Genuß von schwarzem Kaffee zurück; für die Vorkommnisse vor und nach seiner eigenmächtigen Entfernung aus der Mappierungsstation hatte er ziemlich deutliche Erinnerung, doch waren einige Erinnerungslücken zu konstatieren; speziell bei Vorweisung des oben in extenso mitgeteilten, an den Vater gerichteten Briefes zeigte er sich betroffen; er erkannte die Schriftzüge als seine eigenen, wußte aber nichts von dem Briefe.

Die körperliche Untersuchung ergab lebhafte Steigerung der tiefen Reflexe, Fußklonus und Chvostek'sches Phänomen.

Das Gutachten wurde dahin abgegeben, daß ein deutlicher Grad gesteigerter nervöser Erregbarkeit als Ausdruck einer konstitutionellen nervösen Veranlagung nachweisbar sei und daß Leutnant M. die Entweichung in geistesgestörtem Zustande verübt habe. »Das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, die mit großem Fleiße, also mit Aufbietung aller Kräfte versuchte Paralysierung derselben, der reichliche Genuß von schwarzem Kaffee und schließlich die Aufregung über die bevorstehende Inspizierung waren eben für den neuropathisch veranlagten Offizier genügend, um sein psychisches Gleichgewicht zu stören und zu einer transitorischen Psychose im Sinne eines neurasthenischen Dämmerzustandes zu führen.« Da dieser Zustand nunmehr abgelaufen sei und sich nicht notwendigerweise zu wiederholen brauche, sei die Wiedererlangung der Diensttauglichkeit nach mehrmonatlicher Beurlaubung zu erwarten.

Im Oktober 1904 berichtete der Genannte über meine Anfrage in einem ausführlichen Briefe über sein seitheriges Befinden in folgender Weise: Seit 1901 konnte er ohne Störung seinem Dienste nachkommen, war sogar in schwierigeren Stellungen, z. B. als Adjutant und Lehrer der Einjährig-Freiwilligenschule in Verwendung. Von nervösen Erscheinungen sei nur zu erwähnen, daß mitunter Vorstellungen bei ihm die Macht von Zwangsvorstellungen gewinnen und ihn in Unruhe und Erregung versetzen; er mache z. B. seine Arbeiten mit peinlicher Genauigkeit und werde dann nach dem Verlassen der Kaserne von der Vorstellung gequält, daß er etwas falsch gemacht habe, so daß er noch einmal eventuell nachts in die Kaserne gehen müsse, um nachzusehen; bei wichtigen Besprechungen oder während einer Unterhaltung falle ihm plötzlich eine Schachspielstellung ein; er sehe das Schachbrett deutlich vor sich und während er antworte, müsse er gleichzeitig überlegen, welcher Schachzug zu machen wäre; es komme ihm öfters beim sexuellen Verkehre ein solcher Gedanke und rufe dann eine plötzliche Impotenz hervor. Bisweilen nehme er sich etwas vor, habe es aber vergessen, wenn es zur Ausführung kommen solle. Zeitweise leide er an vorübergehenden Kopfschmerzen, empfinde aber nicht mehr wie früher den Drang, spazieren zu gehen oder mit der Bahn zu fahren. Den Genuß von schwarzem Kaffee habe er aufgegeben, fühle sich sonst vollkommen wohl und seinem Dienste jederzeit gewachsen.

Anhang.

Behandlung von Geisteskranken.

Das 19. Jahrhundert hat im Irrenwesen und in der Irrenpflege mächtige Fortschritte gezeitigt. Während am Eingange des neunzehnten Jahrhunderts die Geisteskranken kaum von den Ketten und empfindlichen Zwangsmaßregeln befreit waren, hat es die fortschreitende Einsicht und Humanität nunmehr soweit gebracht, daß man darangeht, die mit Erfolg unternommenen Versuche, psychisch Kranke in uneingefriedeten Kolonien mit ländlicher Arbeit zu beschäftigen oder sie gegen Entschädigung Familien zur Pflege zu übergeben, in größerem Maßstabe auszuführen.

Es wird allerdings niemals vollständig von Zwangsmaßregeln Umgang genommen werden können, doch sollen diese nur auf seltene, äußerst dringliche Fälle beschränkt sein und durch die Art ihrer Anwendung nie den Eindruck einer Bestrafung hervorrufen. Bei einem erfahrenen Ärzte- und geschulten Pfleger-Personale wird es nur in den seltensten Fällen notwendig sein, zu solchen Gewaltmitteln zu greifen.

Wer mit Geisteskranken zu tun hat, muß Geistesgegenwart besitzen; er muß durch seine Erfahrung wissen, welche Kranken sich selbst oder der Umgebung gefährlich werden können und besonderer, beständiger Aufsicht bedürfen; er darf sich durch eine Dissimulation von Wahnideen oder durch die Schlauheit eines Melancholikers, der über seine hartnäckigen Selbstmordideen hinwegtäuschen will, nicht irreführen lassen.

Beim Mannschaftsmaterial unserer Beobachtungsabteilungen, das zum nicht geringen Teile aus Degenerierten und kriminell Gewordenen besteht, wird man vor allem die Isolierzellen nicht entbehren können, da diese Observanden das antisoziale

Element vertreten; doch sollen auch diese nur solange, als es unbedingt nötig ist, eventuell nur des Nachts, um Gewaltstreiche ihrerseits zu verhindern, in der Zelle festgehalten werden; ebenso wird sich die Isolierung unruhiger, aufgeregter, tobender, eventuell schmierender Kranker als notwendig erweisen; keineswegs dürfen aber solche in Zellen untergebracht werden, bei denen Selbstmordgefahr besteht, oder welche mit der Zwangsjacke oder auf andere Weise beschränkt sind, da im ersteren Falle die Überwachung erschwert ist, im letzteren durch einen Sturz leicht Verletzungen entstehen können.

Patienten, die Kleider und Wäsche zerreißen, müssen entweder nackt belassen oder mit Schutzkleidern versehen werden (Leibel und Hose im Zusammenhange), die mit Schrauben rückwärts geschlossen sind. Unreinen, schmierenden Kranken gibt man Holzwolle in die Zelle, mit der sie sich beschäftigen können.

Polsterzellen haben nur Wert bei Selbstbeschädigern, werden infolge dessen selten Verwendung finden und haben überdies den Nachteil, daß sie schwer zu reinigen sind. Dessen ungeachtet leisten sie gelegentlich sehr gute Dienste.

Die im Gebrauche stehenden Gitterbetten sind ein wertvoller teilweiser Ersatz der Isolierzellen; dadurch, daß dieselben in gemeinschaftlichen Krankenzimmern aufgestellt werden können, sind die darin Untergebrachten leicht zu beaufsichtigen; nicht angezeigt sind sie bei Kranken mit lebhaftem Bewegungsdrang, da diese an den Eisenbestandteilen der Betten sich leicht Verletzungen und Exkoriationen zuziehen, die eine Infektionsquelle bilden können.

Die früher so beliebte Zwangsjacke wird von Jahr zu Jahr seltener angewendet; ihr Gebrauch ist fast nur noch berechtigt bei Transporten, Selbstbeschädigern oder bei chirurgischen Fällen, in denen es sich darum handelt, daß ein angelegter Verband nicht herabgerissen werde. Auch im letzteren Falle kann man oft das Auskommen finden mit Schutzhandschuhen, das sind große, aus Zwilch verfertigte Fäustlinge, welche über die mit Kompressen umwickelten Hände gezogen werden. Die in unserem Inventare noch befindlichen »Gurten für Rasende« gehören in das Reich der Vergessenheit.

Hervorragendes kann eine vernünftige, rationelle Pflege der Geisteskranken leisten. Die für das Spital im allgemeinen geltenden hygienischen Grundsätze sind bei Geisteskranken von

besonderer Wichtigkeit. Der somatisch Kranke ist durch sein Leiden, für das er Einsicht hat, in einer Situation festgehalten und in seinen Gedanken beschäftigt; dem psychisch Kranken mangelt meistens die Krankheitseinsicht, er fühlt sich gesund und will beschäftigt werden; es soll daher nach Tunlichkeit je nach dem Können und dem Bildungsgrade des Betreffenden für angemessene Beschäftigung gesorgt werden. Die Umgangsweise des Personals mit den Kranken soll durch das Verständnis für deren Leiden diktiert werden; so müssen Irrenwärter wissen, daß es nutzlos ist, einen Melancholiker zu trösten, daß ein Megalomanischer nicht zum Gegenstand der Belustigung zu machen ist, daß Wahnideen dem Versuche einer Korrektur nicht zugänglich sind u. dgl.

Ein Hauptaugenmerk ist auf das körperliche Befinden Geisteskranker zu richten. Bei akuten Psychosen, bei anämischen, schwächlichen, ängstlichen Kranken empfiehlt sich Bettruhe. Die Darmtätigkeit muß geregelt werden; bei unregelmäßigem Stuhlgang ist nachzuhelfen durch Irrigationen, Calomel in Pillen zu 0,10, Pulv. Liquiritiae composit., Infus. Sennae composit. usw.

Die arztliche Untersuchung und die Aufmerksamkeit der Pfleger muß eine Harnverhaltung, wie sie z. B. so häufig bei Paralytikern vorkommt, rechtzeitig erkennen; man hüte sich jedoch, sofort zum Katheter zu greifen. Bei dementen Kranken genügt oft die Aufforderung zum Urinieren, eventuell setzt man sie in ein warmes Bad. Bei Paralytikern, speziell bei Taboparalytikern, gelingt es oft, durch einen konzentrischen, langsamen Druck auf den Fundus vesicae die Blase auszudrücken; führen die angegebenen Methoden nicht zum Ziel, erst dann greife man zum Katheter. Stellen sich Symptome einer Zystitis ein, verwendet man mit Vorteil Urotropin (3 bis 4mal täglich 0,5).

Unreine Kranke, die Kot und Urin unter sich lassen, bedürfen besonders aufmerksamer Pflege und Sorgfalt; ebenso jene, bei welchen es zum Dekubitus gekommen ist. Wo sich in Form einer leichten Rötung die ersten Anzeichen dieser unheilvollen Komplikation finden, wäscht man die Stellen mit Salizylspiritus und schiebt ein Luft- oder Wasserkissen unter; bei Zerfall der oberflächlichen Hautpartien wirkt günstig ein Verband mit dem offizinellen Unguentum Plumbi tannici oder sonstige chirurgische Behandlung, bei tiefgehender Nekrose Belassung im Dauerbad.

Nicht selten kommt es bei Psychosen zur Nahrungsverweigerung. Man kann dann ruhig mehrere Tage abwarten, ob nicht das sich einstellende Hungergefühl den Kranken zum Essen anregt, eventuell läßt man die Speisen stehen, um dem Kranken Gelegenheit zu geben, unbemerkt und ungestört zu essen, was mitunter zum Ziele führt. Auch der mit Geduld fortgesetzte Versuch, mit dem Löffel die Nahrung einzuflößen, hat oft Erfolg. Wird die Nahrungsverweigerung hartnäckig fortgesetzt, so ergibt sich bei herabgekommenen Kranken nach 2, 3 bis 4 Tagen, bei Kräftigen eventuell erst später die Notwendigkeit, zur künstlichen Ernährung mittels der Sonde zu greifen. Der Zeitpunkt erscheint gekommen, sobald die Exspirationsluft einen deutlichen Azetongeruch verrät. Dieselbe wird dann zweimal täglich in folgender Weise ausgeführt: 2 bis 3 Pfleger halten den Kranken im Bette fest und zwar so, daß sie nur dessen Extremitäten fixieren, nicht aber das Abdomen komprimieren, da sonst Erbrechen ausgelöst würde. Der Arzt setzt sich rechts zu Häupten des Kranken, hält im linken Arm den Kopf desselben, schiebt langsam und ohne Kraftanwendung eine eingeölte Sonde (Jaques Patent) in das von Krusten und Sekret gereinigte Nasenloch; bei einiger Übung wird es unter Benützung der Schluckbewegungen des Kranken in den meisten Fällen leicht gelingen, die Sonde bis in den unteren Teil des Oesophagus vorzuschieben. Es kann aber vorkommen, daß sich dieselbe in der Mundhöhle nach Verlassen der Choane zusammenballt oder daß sie in die Luftwege eindringt, was sich durch heftige Dyspnoë dokumentiert. Bei sehr unempfindlichen und gelähmten Kranken kann diese bedrohliche Erscheinung aber fehlen; deswegen empfiehlt es sich, um eine Fütterung in die Luftwege zu verhüten, durch einen Ballon Luft in die Sonde einzublasen und dabei den Magen zu auskultieren. Erweist es sich als unmöglich, die Sonde durch die Nase einzuführen, so muß dies durch den Mund unter sicherem Schutze des Fingers und unter Anwendung eines Mundspiegels geschehen. Tritt starkes Erbrechen auf, ist die Sonde sofort herauszuziehen. Häufig erweist sich vor der ersten Fütterung eine Magenausspülung als notwendig.

Als Nährflüssigkeit benützen wir für eine Fütterung $^3/_4$ Liter lauwarme Milch unter Zusatz von einer Messerspitze Kochsalz, 2 bis 3 feinzerquirlten Eiern und zirka 200 Gramm mit der Maschine feinfaschiertem Fleische; eventuell kann man auch Nähr-

präparate oder Medikamente zusetzen. Nährklysmen ersetzen diese Nahrungszufuhr kaum.*)

Was die Behandlung der Geisteskrankheiten anbelangt, so gibt es nur in verhältnismäßig wenigen Fällen eine kausale Therapie. Quecksilber in Form von Einreibungen oder Injektionen und Jodpräparate sind bei Lues cerebri unbedingt indiziert; ob man bei einer progressiven Paralyse im Initialstadium eine Inunktionskur verordnen soll, ist eine strittige Frage. In neuerer Zeit wird dieselbe wieder vielfach bejaht unter Hinweis darauf, daß bei einer sonst sicher progredienten Krankheit ein Versuch gewagt werden muß.

Vielumstritten war auch durch lange Zeit die Frage, ob es notwendig ist, bei einer Alkoholabstinenzkur mit den Alkoholgaben langsam vom gewohnten Quantum herabzugehen, oder ob man sofort mit der vollständigen Abstinenz einsetzen kann, ferner ob bei einem Delirium tremens Alkohol zu verordnen ist oder nicht. Wir verhalten uns zu diesen Fragen folgendermaßen: In der hiesigen Beobachtungsabteilung ist Alkohol streng verpönt; wir entziehen sofort beim Beginn der Abstinenzkur Alkohol gänzlich und haben nie dadurch Abstinenzerscheinungen hervorgerufen. Bei einem Delirium tremens geben wir Alkohol nur dann, wenn bedrohliche Herzschwäche einen Kollaps befürchten läßt.

Vorwiegend muß die Behandlung eine symptomatische sein und da sind es vor allem beruhigende, schlafbringende und narkotische Mittel, die zur Anwendung gelangen.

In der ersten Gruppe dieser Heilmittel spielen die Brompräparate eine souveräne Rolle; von diesen wird am häufigsten Natrium bromatum gebraucht; beliebt ist auch die Erlenmeyer'sche Mischung von Kalium und Natrium bromatum zu gleichen Teilen und von Ammonium bromatum, die Hälfte der Dosis von Kalium, respektive Natrium bromatum. Die erforderliche Tagesdosis bei der Verwendung als Antiepileptikum, Beruhigungs- oder Schlafmittel beträgt 4 bis 5 Gramm (Br. K., Br. Na.); am besten wird es in Glasphiolen wegen seiner hygroskopischen Eigenschaft verwahrt und messerspitzenweise dargereicht oder in Lösung verordnet. Treten Erscheinungen des

*) Man vergesse nie beim Herausziehen des Schlauches, denselben abzuklemmen, da sich sonst die in ihm befindliche Flüssigkeit beim Passieren des Kehlkopfeinganges in diesen ergießen kann.

Bromismus, speziell Bromakne auf, so tauscht man mit Erfolg das Brom gegen Bromipin (10% und 33% Präparate) ein, von dem man je nach der Wertigkeit 1 bis 3 Eßlöffel gibt; eventuell kann man auch beim Auftreten der Bromakne Brom gleichzeitig mit einem Arsenpräparat weitergeben.

Bei hysterischen Zuständen bewähren sich mitunter Baldrianpräparate (Tinct. Valerian. aether. mehrmals täglich 10 bis 15 Tropfen, Validol in Tropfen, Valylkapseln, Heim'scher Thee usw.).

Ein bei sehr unruhigen, tobenden Geisteskranken unentbehrliches Beruhigungsmittel ist das Hyoscinum muriaticum. Dasselbe wirkt lähmend auf die willkürliche Muskulatur, erzielt daher sehr rasche Beruhigung, die mehrere Stunden andauert. Bei Herzkranken und Marastischen ist Vorsicht geboten. Man hält es vielfach für harmloser als es ist und wendet es deswegen oft ohne genügenden Grund an. Es wird in Lösung von 0,01 bis 0,02 auf 10,0 Aqu. dest. verschrieben; davon wird $^1/_2$ bis 1 Pravaz'sche Spritze subkutan injiziert. Ähnlich dem Hyoszin wirkt Duboisinum muriaticum.

Große Wichtigkeit kommt den Schlafmitteln zu. Zu den vielen, die im Gebrauch stehen, werden immer neue in den Handel gebracht. Betont muß aber werden, daß dieselben nur bei Schlaflosigkeit im engeren Sinne ihre Wirkung entfalten, nicht aber, wenn Schmerz oder Angstaffekte den Schlaf verhindern. Alle Schlafmittel sollen nur im Bedarfsfalle, nicht zu lange und mit Unterbrechung und Abwechslung gegeben werden.

Zu den verläßlichsten derselben gehören das Veronal und Paraldehyd. Veronal wird als Pulver zu 0,5 oder 1,0 Gramm wegen seiner schweren Löslichkeit in möglichst warmer Flüssigkeit (Milch, Tee) gelöst gegeben. Es wirkt in kurzer Zeit ziemlich prompt, hat auch eine sedative Nebenwirkung, ruft außer bisweilen auftretendem leichten Schwindelgefühl keine unangenehmen Erscheinungen hervor und kann ohne Schaden längere Zeit gegeben werden.

Ebenso gut wirkend, gefahrlos und für längere Zeit brauchbar ist das Paraldehyd. Dasselbe ist eine Flüssigkeit mit scharfem Geruch und Geschmack, die auch der Exhalationsluft selbst noch 24 Stunden nach dem Einnehmen einen eigenartigen Geruch verleiht, was vielen Patienten das Mittel unangenehm macht. Es

wird in wässeriger Lösung (10,0 : 90,0) verordnet, welche vor dem Gebrauche stets zu schütteln ist; 5 bis 8 Gramm beträgt die wirkende Dosis.

Viel gebraucht wird das Chloralhydrat als offizinelle Mixtura Chlorali hydrati oder in Form von Klysmen an schleimige Vehikel gebunden (Chloralhydrat 2,0 Mucilag. Gummi acaciae-Aqu. fontis āā 75,0). Es wirkt rasch und erzielt längeren Schlaf ohne unangenehme Nebenerscheinungen, ist jedoch mit großer Vorsicht zu verordnen, denn es ist kontraindiziert bei Herzkranken, Fiebernden, Alkoholdeliranten und Bettlägerigen, bei denen es dann leicht zu Dekubitus kommt.

Amylenhydrat in wässeriger oder alkoholischer Lösung von 2 bis 4 Gramm wirkt ähnlich, jedoch schwächt sich die Wirkung mit der Zeit ab. Beim Status epilepticus leistet es vorzügliche Dienste.

Sulfonal wirkt in warmer Flüssigkeit gelöst (1 bis 2 Gramm) prompt, es ist jedoch berüchtigt wegen seiner kumulativen Wirkung, die zu Kollapszuständen führen kann. Es ist nur bei beständiger Kontrolle der Harnmenge und der Beschaffenheit des Harnes (Hämatoporphyrin) zu geben.

Das Trional bietet dieselben Gefahren wie Sulfonal und verlangt dieselbe Vorsicht. Es wirkt in Dosen von 1 bis 2 Gramm in warmer Flüssigkeit gelöst oder in Schüttelmixtur (Trional 1,0 Syr. cort. Aurant, Mixt gummos. āā 15,0).

Andere Hypnotica sind Hedonal (2,0 Gramm), Isopral (0,5 bis 1,0 Gramm), Dormiol (1 Gramm), Hypnal (1 bis 2 Gramm), Urethan (1 bis 3 Gramm), Somnal (2 Gramm).

Bei der Schlaflosigkeit des Seniums wirkt oft am besten ein Glas Bier oder Wein am Abend.

Unter den narkotischen Heilmitteln kommt die größte Bedeutung dem Opium zu; es ist indiziert vor allem bei Angstzuständen, bei denen es prompt Beruhigung und dadurch Schlaf bringt und kann daher bei Melancholikern als verläßlich gelten. Man verschreibt Extr. opii aquos. 2,0, Extr. radic. rhei, Pulv. rad rhei āā q. s. ut. f. pill No. C. täglich 3mal je 1 bis 4 Pillen; verweigert ein Angstmelancholiker die Einnahme per os, so greift man zur subkutanen Applikation (Extr. opii aquos 1,0, Glyzerin 2,0, Aqu. destill. 18,0 S. 2 bis 4 Spritzen täglich), bei höhergradigen Schwächezuständen ist vor der Anwendung des Opiums zu warnen.

Morphin wird in der Psychiatrie schon deswegen weniger zum Gebrauch kommen, da die Gefahr der Angewöhnung bei der durchschnittlich längeren Dauer der Psychosen zu groß wäre. Dionin leistet oft gute Dienste.

Als schmerzstillend kommen die Antineuralgica oft zur Verwendung: Pyramidon (0,3 bis 0,5 Gramm), Antipyrin (1 Gramm), Antifebrin (0,5 Gramm), Phenacetin (1 Gramm) usw.

Ein großes Gewicht ist auf die Hebung des Ernährungs- und Kräftezustandes zu legen. Zu diesem Zwecke dienen die verschiedenen Eisen- und Arsenpräparate: Ronzegnowasser, Syrupus hypophosphites compos. Dr. Egger, Syrupus Kolae compos. Hell, Hämatogen, sowie die zahlreichen Nährpräparate (Sanatogen, Somatose, Eisensomatose, Nukleinsomatose, Puro, usw.); gut bewähren sich oft Mastkuren. Die Kontrolle des Körpergewichtes gibt über den Erfolg der Kur Aufschluß.

Einen Siegeszug durch alle Anstalten, in denen sich Geisteskranke befinden, hat in den letzten Jahren die Hydrotherapie gehalten. Durch geeignete Applikationen gelingt es, Tobende dauernd zu beruhigen und Zwangsmittel und Hyoszin unnötig zu machen. In erster Linie bewirken dies die prolongierten oder Dauerbäder. Die Kranken werden in ein warmes Bad von 28° R. gebracht und können dort Stunden gehalten werden, indem stets sorgfältig beobachtet wird, daß durch Nachgießen heißen Wassers diese Temperatur erhalten wird. Allerdings erfordert diese Behandlungsweise ein reichliches, geschultes Personal. Ist es unmöglich, einen sehr unruhigen Kranken in die Wanne zu bringen, so behilft man sich mit einer Einpackung. Der Patient wird in mit kaltem Wasser getränkte, leicht ausgewundene Leintücher und dann in Kotzen geschlagen, die Arme fest an den Stamm angelegt, so daß nur der Kopf frei bleibt, und liegt so zwei bis drei Stunden. Sowohl beim Dauerbad als bei der Einpackung sind kalte Kompressen auf den Kopf zu geben und der Kranke stets in Beobachtung zu halten; nach dem Bad, respektive der Einpackung, wird er abgerieben und zu Bett gebracht.

Bei Hysterischen, Hypochondern und Simulanten leistet der faradische Strom oft gute Dienste

DRUCK VON LEOP. KARAFIAT & KUCHARZ IN BRÜNN



Origo nervi acustici radix anterior.

NAME	DATE I

